
EL ASPECTO
HUMANO EN
LA EMPRESA
DR. DAMASO TOR

ISBN: 978-9915-41-214-6

Impreso en Uruguay /printing Uruguay
Editado por Damaso Tor.
sems@adinet.com.uy

DR. DAMASO TOR

EL ASPECTO HUMANO EN LA EMPRESA

Un siglo de Salud Ocupacional en la Organización

Montevideo

2019

Dedicado a María del Carmen quien me acompaño con su inspiración y paciencia en el desarrollo de esta obra, a Domingo, Salvador, Magdalena, Diana, Daniel y Allan nuestros frutos.

INDICE

PRESENTACIÓN

El origen de este trabajo parte de mi experiencia de una década en la Dirección Técnica de un Servicio de Salud en una Empresa del sector energético, UTE, que se origina a comienzos del siglo XX. La Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas conocida comercialmente por sus siglas UTE, es la compañía estatal de energía eléctrica de Uruguay, que se creó en la esfera privada primeramente pasando luego a constituirse en una empresa pública. En su larga existencia generó distintas actividades como el desarrollo e instrumentación de las comunicaciones, producción informática, etc. Con actividad a nivel nacional y regional, proyectándose en asociación con terceros a nivel global. Ha tenido un perfil similar a EDF de Francia, manteniendo relaciones comerciales con múltiples empresas de primera línea como General Electric, Siemens entre otras.

Partiendo de un análisis cronológico de la evolución de la Salud Ocupacional en la Empresa, hemos ido visualizando aspectos propios de la gestión humanística, anteriores en algunos casos a su formulación académica especifica. Mi formación en medioambiente, gestión y salud particularmente, me han permitido desarrollar una visión que no queda contenida en el mero proceso de análisis de la gestión. Esperamos que las líneas y modelos esbozados sean de utilidad para otras experiencias.

Debo agradecer al personal de la Secretaría General de UTE y particularmente a su Biblioteca y Unidad de Patrimonio Artístico, a la Biblioteca del Sindicato Médico del Uruguay, así como a múltiples profesionales que me han hecho llegar información y análisis; todo lo que ha hecho posible esta obra.

CAPÍTULO I
El inicio

Durante la Sesión de Directorio del 24 de marzo de 1905, el Sr. Vocal Santiago Calcagno indica la conveniencia de crear el puesto de médico a sueldo para la asistencia de los Empleados y Operarios de la Administración.

La moción fue aprobada, y se trató de obtener los servicios de un médico, sobre la base de una remuneración mensual de $ 30. La Empresa se constituye en la primera en el país en tener un servicio de salud dirigido a la atención del trabajador.

1.1 Introducción

ÍNDICE


Para comenzar a realizar un análisis acertado del tema que nos convoca, debemos primariamente situarnos en el entorno de la época.

Examinando la situación existente en el ambiente de principios fines del siglo XIX y del siglo XX. Previamente al surgimiento de la Organización, podemos identificar una etapa de 1870 a 1900 de importante actividad en Europa, pero con escasa repercusión a nivel del Rio de la Plata. Con una concepción predominante en el trabajo como creador de valor por excelencia La primera etapa de la Empresa, desde su fundación hasta prácticamente 1930, transcurre bajo la ejida del concepto del hombre económico racional. En donde el trabajo es una mercancía regulada por el mercado, lo que se acompaña por el mayor desarrollo de las organizaciones obreras y la lucha por el salario. Las respuestas de la gestión estuvieron basadas en las concepciones teóricas

de la economía neoclásica, la administración científica, como veremos y la psicología industrial.

En este periodo nos encontramos en la etapa que se denominó Segunda Revolución Industrial[1], la que definimos como el período de transformaciones demográficas y económicas mundiales que va de 1850 y finaliza en 1914, con el comienzo de la Primera Guerra Mundial. Se caracteriza por una gran revolución tecnológica que, asociada a la expansión del mercado y la mano de obra barata, provoco un incremento de la demanda de bienes y servicios, lo que aumento la necesidad de capital. Es el momento de la asociación de las Casas predominantes en los 500 últimos años, con los nuevos emprendedores surgidos en el desarrollo previo de los siglos XVIII y XIX. Es el surgimiento del Capitalismo Financiero porque, a diferencia de lo ocurrido en la génesis de la Primera Revolución Industrial, el protagonismo económico se transfiere de los empresarios industriales a los Bancos. El aporte de ese capital de inversión necesario fue función del surgimiento de nuevas instituciones bancarias, que obtenían fondos mediante la venta de acciones al público; obteniendo así una importante masa de liquides de capital, que le permitió la compra de las empresas de los sectores que pretendían controlar. Las empresas, que abastecían a la industria caracterizada por la fuerza motriz, de tipo individual o familiar surgidas en el primer periodo industrial, dejaron paso a las sociedades anónimas de inversión. Las pequeñas empresas, generalmente monocapitalistas, no tenían capacidad competitiva, que les permitiera superar las crisis sucesivas, lo que les obligó a fusionarse con otras empresas, para fijar precios y reducir la competencia. Se dieron dos procesos de concentración empresarial: una horizontal, entre organizaciones del mismo sector productivo y otra vertical, entre organizaciones con operaciones complementarias. Las asociaciones, acuerdos y convenios industriales se constituyeron en las modalidades de cártel, trust y holding.

---

[1] Faulkner, Harold, U. Historia económica de los Estados Unidos. Ed. Nova, Buenos Aires, Argentina ,1956, pág.645.

El utilizado principalmente por el capital financiero es el holding, que fue la constitución de una sociedad financiera que poseía participaciones en el capital de diversas empresas y que controlaba su actividad. Los bancos, en forma paralela al proceso industrial, experimentaron también un proceso de concentración, lo que dará lugar a la generación de poderosos grupos bancarios a nivel global.

El tercer aspecto mencionado, la mano de obra, se da como consecuencia de la adopción de la producción en masa y la elaboración de productos estándares, lo que genera una demanda de una mano de obra poco capacitada. En donde, los antiguos maestros de los talleres eran sustituidos por ingenieros, ejecutivos y administradores profesionalizados, mientras que los trabajadores competentes serán reemplazados por operarios poco calificados. Paralelamente, si superamos las limitaciones teóricas impuestas por el enfoque neoclásico, podemos considerar que no fue posible ningún cambio o transformación en el campo de la economía de este periodo sin «gasto» de energía. Las necesidades históricas experimentaron importantes transformaciones y para poder satisfacerlas se apelaron a recursos energéticos muy diversos. Generándose un «modelo energético» específico en que la sociedad aprovecho los recursos energéticos disponibles para satisfacer sus necesidades. Así, la economía en el siglo XX consistirá fundamentalmente en corrientes de conversión de energía que la dirigen a la producción de bienes y servicios determinadas por un orden sistémico tecnocientífico (la esfera del conocimiento humano).[2] Pero el capital y el trabajo no solo fueron los generadores de la energía utilizable, sino que determinan la manera, la gestión, en que se utilizaba. Shahid Alam en ese sentido expresa que:

> *"El enfoque de capital y trabajo de los economistas neoclásicos también limita su análisis de la Revolución Industrial. Sin una comprensión de las diferentes dinámicas de los regímenes energéticos orgánicos y basados en los fósiles, no lograron desarrollar una adecuada apreciación de las fuentes, el*

---

[2] Landes, D, S. Progreso tecnológico y revolución industrial. Madrid. Tecnos. 1979.

momento y la velocidad de las transformaciones económicas que se han producido desde las primeras décadas del siglo XIX. En cambio, han tratado de explicar la Revolución Industrial en términos de cambio técnico estimulado por descubrimientos científicos. Del mismo modo, no exploraron las múltiples maneras en que el levantamiento de las restricciones sobre el suministro de energía - resultante del cambio a los combustibles fósiles - estimuló sucesivas rondas de innovación y el crecimiento de capital y habilidades".[3]

El capital y el trabajo generaron así la energía utilizable y determinaron las formas en que esta se utilizó.

En este entorno el ingeniero mecánico Frederick Winslow Taylor propone a fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, frente al incremento de la demanda de bienes de consumo en EEUU, un método de gestión, que tendrá influencia sobre prácticamente todo el siglo, dirigido primariamente a la empresa industrial y a los talleres de producción.[4] El que tenía por objetivo lograr generar una producción máxima con el mínimo coste y que se resume en su libro "The Principles of Scientific Management" publicado en 1911. El fundamento de la organización científica de Taylor, en lo relativo a la división del trabajo, se basa en las concepciones del economista Adam Smith y de su estudio "Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones". Lo que Hugo Garde y Cristina Etcheverry,[5] a través de las citas de Smith dejan claro:

"*La división del trabajo (...) ocasiona en todo arte un aumento proporcional en las facultades productivas del trabajo (...) pues generalmente es obra de muchos, en una sociedad culta, lo que hace uno solo, en estado de*

---

[3] Shahid,S Alam, M. "The Economy as an Energy System," Review of Radical Political Economics 41,2, 2009.

[4] Taylor, FW. Principios de la administración científica. Ed. El Ateneo, Buenos Aires, Argentina, 1973.

[5] Hugo Garde y Cristina Etcheverry, C. El taylorismo en la realidad empresarial (sitio web), Enfoques: Contabilidad y Administración, 9. Pontificia Universidad Católica Argentina, 2007. Disponible en http://bibliotecadigital.uca.edu.ar/repositorio/contribuciones/taylorismo-realidad-empresarial-hugo-garde.pdf. (Consultado el 21 de octubre de 2017)

atraso"[6] y nota que "*el progreso más importante en las facultades productivas del trabajo, y gran parte de la aptitud, destreza y sensatez con que éste se aplica(...) parece ser consecuencia de la división del trabajo*"[7].

Por ello para Adam Smith las causas del aumento de la producción

> "*procede de tres circunstancias distintas: primera, de la mayor destreza de cada obrero en particular; segunda, del ahorro del tiempo que comúnmente se pierde al pasar de una ocupación a otra, y por último, de la invención de un gran número de máquinas que facilitan y abrevian el trabajo, capacitando a un hombre para hacer la labor de muchos'*[8].

En el origen de esa organización mecanicista y de la asociación con la concepción burocrática de Max Weber, se facilitó así el surgimiento del establecimiento de un orden jerárquico que genera reglas, establece la división de tareas asociadas a normas claras y específicas, lo que daría lugar al surgimiento de la llamada Administración Científica de Frederick Taylor.

Taylor, que había ideado métodos precisos para la producción del tamaño de los metales, introdujo un riguroso determinismo en el proceso productivo que no admitía que los resultados se comprometieran por la indeterminación que era, a su entender, producto de la intervención del trabajador. Al que no se le debía permitir escapar del determinismo, cuyo progreso en la ciencia de la época tendía a demostrar su universalidad. La innovación de Taylor, era extender al hombre el mismo cuidado por la precisión y la economía que la realizada por el uso de la máquina. Su inspiración y su propia formación ingenieril tienen su base en la concepción newtoniana físico-cosmológica, que eran conceptualmente aplicables a todos los acontecimientos y comportamientos del universo y de las organizaciones. Como en otras áreas del conocimiento de la época, representa la expresión desesperada de un modelo en crisis, frente

---

[6] Smith, Adam. Investigación sobre la naturaleza y causas de la riqueza de las naciones. Cap. II, p.16. México: Fondo Cultura Económica; 1994.
[7] Ibídem, Cap. I, p.7.
[8] Ibídem, pp. 10-11.

a la   emergencia de la física y la cosmovisión expresada por la teoría de la relatividad y la mecánica cuántica.

Por ello el enfoque Taylorista es analítico, reduccionista, basándose fundamentalmente en una concepción mecanicista de la empresa. En donde la misma estaría determinada por un sistema con variables conocidas, previsibles y por aspectos que pueden ser manipulados por principios generales de la administración. Esto origino una visión determinista teórica y aislada de la organización, que difiere de la realidad sensible, donde el ser humano es reducido a un mero **objeto de**. Los trabajadores, en este modelo, eran considerados máquinas que, mediante una selección y un entrenamiento adecuados, serian programados para efectuar la labor con la máxima eficiencia. El análisis del modelo Taylorista exhibe tres aspectos claves en su concepción:

1. El reemplazo del capital por trabajo en forma ordenada y sistemática, donde el trabajador transfiere su tiempo de vida y su esfuerzo psicofísico al propietario de la organización. Estando ambas partes motivadas por el beneficio económico, se da la monetización del trabajo y la transformación del ser humano en un ser económico.

2. La pérdida de los Límites sociales. La rigidez y carácter repetitivo y poco creativo de los puestos de trabajo del sistema productivo taylorista y fordista, generó costos ocultos debidos al deterioro de las condiciones laborales. La intensificación de la carga de trabajo, derivó en la generación de conflictos laborales intrincados y muchas veces de larga duración.

3. El establecimiento de una concepción del trabajo humano orientada al control de la creatividad, la autonomía y la responsabilidad. Generando una visión del trabajador centrada en el ocio, la holgazanería y la vagancia.

En resumen, el objetivo de los principios taylorianos de organización es promover la sujeción del proceso laboral al proceso de valoración del capital.

Paralelamente, Taylor el hombre racional y su escuela se opondrá al pilar del modernismo en el cual transita, Emanuel Kant, violando su segundo imperativo expresado en su moral. Para Kant, la ética y la moral hacen la esencia del ser humano. en donde obrar por deber es obrar por principios racionales, es decir, principios universales válidos para todos los seres humanos pensantes y absolutos más allá de las propias circunstancias. Es el hecho en que el sujeto decide imponerse libremente a sí mismo una norma, fruto de su propia razón. En donde primero se da la libertad de la voluntad, que es el libre albedrio de la razón, el que se manifiesta en la libre elección de nuestra voluntad. La que emerge manifiesta cada vez que nos relacionamos con otros, del resultado de esa interrelación se da el origen del mal para Kant. En este marco conceptual debemos leer la fórmula kantiana expresada en la "Fundamentación de la metafísica de las costumbres" (1785), a través del segundo imperativo kantiano: «Obra de tal modo que uses la humanidad, tanto en tu persona como en la persona de cualquier otro, **siempre como un fin al mismo tiempo, y nunca solamente como un medio**».[9] Ricoeur realiza una interpretación que reconcilia e integra el principio de autonomía y de humanidad, que compartimos:

> *"La Regla de Oro y el imperativo del respeto debido a las personas no sólo tienen el mismo campo de ejercicio: tienen, además el mismo objetivo: establecer la reciprocidad donde reina su carencia. Y detrás de la Regla de Oro, vuelve a salir a la superficie la intuición, inherente a la solicitud, de la alteridad verdadera en la raíz de la popularidad de las personas. A este coste, la idea unificadora y unitaria de humanidad deja de aparecer como un doblete de la universalidad que actúa en el principio de autonomía, y la segunda formulación del imperativo categórico reencuentra toda su originalidad."* [10]

---

[9] Kant, Emanuel. Fundamentación de la metafísica de las costumbres, cap. 2, Ed. Austral, Buenos aires, Argentina, 2012. Resaltado en negrita del autor.

[10] Ricoeur, Paul. Si mismo como otro. Siglo XXI Editores, S.A. Madrid, España. ISBN 968-23-2003-8. 2006. p. 235.

Esta concepción de la gestión predominará, bajo la máscara de distintas formas durante la mitad del siglo XX, hasta que, a través de sus trabajos, publicados entre 1950 y 1968 Karl Ludwig von Bertalanffy, biólogo y filósofo austríaco, generó una nueva cosmovisión holística, una metateoría que implicó un metalenguaje, la Teoría General de Sistemas (TGS).[11] Que afirma, que las propiedades de los sistemas no pueden describirse por el aislamiento conceptual de sus elementos separados. La compresión absoluta de los sistemas sólo ocurre cuando se estudian y analizan globalmente las interrelaciones de sus partes. Bertalanffy incorpora en la TGS una concepción humanista de la naturaleza de la persona, opuesta a la concepción emergente de nuestra época mecanicista y robótica.

> *"Este cuidado humanístico de la teoría general de los sistemas, tal como la entiendo, la distingue de los teóricos de los sistemas, orientados de modo mecanicista, que sólo hablan en términos de matemáticas, retroalimentación y tecnología, despertando el temor de que la teoría de los sistemas sea en realidad el paso final hacia la mecanización y la devaluación del hombre y hacia la sociedad tecnocrática. Aunque comprendo y subrayo el aspecto matemático, científico puro y aplicado, no me parece que sea posible evadir estos aspectos humanísticos, si es que la teoría general de los sistemas no ha de limitarse a una visión restringida y fraccionaria."*[12]

La TGS fue en un principio un desarrollo de Bertalanffy dirigido a generar una concepción sistemática y totalizadora de la biología. Los principios en que basó su Teoría General de la Biología fueron la plataforma para la generación de la Teoría General de los Sistemas. En ella el principio de emergencia, por el que una nueva organización que se ha creado tiene características propias que emergen de sí, que no están relacionadas con sus sub-partes constitutivas, rompe con trescientos

---

[11] Ludwig Von Bertalanffy. Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. Fondo de Cultura Económica, Séptima reimpresión, MÉXICO, 1989.

[12] Ibídem. Pág. 17.

años del mecanicismo del análisis cartesiano, materialista y fisicalista. Donde su metodología reduccionista lo lleva a concebir un mundo unificado, homogéneo y compuesto por una sola sustancia. En cierto modo podríamos decir, a manera de ejemplo, que luego de que Lord Kelvin en el siglo XIX expulsó a los biólogos del templo de la física los termodinamistas como Ilia Prigogine realizaron la restitución. El cual nos dirá: "La vida siempre está cambiando de un modo u otro, en su proceso de continua adaptación a condiciones de ausencia de equilibrio. Una vez liberados de la lúgubre visión de un mundo determinista, podemos sentirnos libres para crear nuestro destino, para bien o para mal. La ciencia nos hacía sentir como testigos indefensos del mundo de relojería de Newton".[13] Aunque la TGS surgió en el campo de la Biología, pronto inspiró desarrollos en distintas disciplinas. En este orden de ideas, en el año 1961 Katz y Kahn[14] desarrollaron por primera vez un modelo de organización, aplicando la teoría de sistemas y la teoría de organizaciones. Para estos autores las organizaciones son un sistema social abierto. Sistema que procesa información, con un flujo de entrada y otro de salida de la misma. Caracterizado por un proceso de retroalimentación, generado por el retorno de información que reactiva al propio sistema.

1.2 El nacimiento de la Empresa

ÍNDICE


Los avances más significativos de la segunda revolución industrial son la sustitución del carbón por el petróleo y sobre todo la utilización de la

[13] Prigogine, Ilia. Citado en Dossey, Larry. Tiempo, espacio y medicina, Kairós, Barcelona, 2006, p. 135.

[14] Katz, Daniel, Kahn Robert L. Psicología social de las organizaciones. Biblioteca de ciencias de la administración, Editorial Trillas, México, 1977. ISBN 9682405475, 9789682405471.

electricidad, lo que tiene efectos generalizados sobre la actividad económica.

Existe un vínculo indisoluble entre energía y desarrollo, que radica en los beneficios que ofrece el uso de la energía. En el caso específico de la electricidad, el empleo de la misma ofreció, por primera vez en la historia de la humanidad, la posibilidad de que la producción de energía en grandes caudales se separara de la producción de bienes. Liberándola de las rigideces de dimensión y localización impuestas por las máquinas de vapor o las turbinas de la época. Es el paso crítico, que deja atrás a la energía mecánica y que orienta el desarrollo científico hacia el proceso de la energía pura.

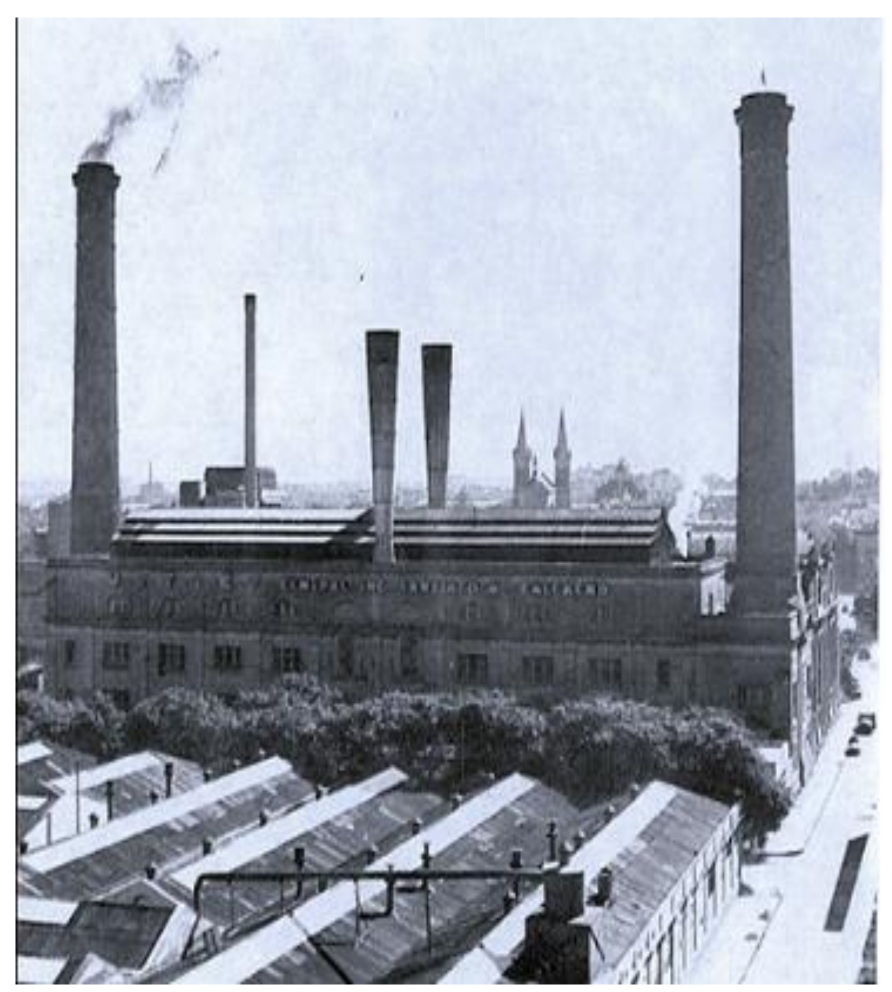
Durante el siglo XIX, en el periodo que va de 1882 a 1902 el incremento del consumo de energía estimado por la sociedad de aquella época, arroja un promedio anual acumulativo de 8.9%, el que se quintuplica en el último año del periodo con relación al nivel inicial.[15] Mientras en la década de los sesenta, hubo algunos visionarios que quisieron establecer, solamente para el alumbrado, la producción de energía eléctrica con usinas muy rudimentarias y que fracasaron. Esta situación de incremento de la demanda y cuando las nuevas técnicas de producción lo permitieron, se establecieron como respuesta nuevas Usinas Eléctricas. En el año 1886 Don Marcelino Díaz y García fundaba la empresa denominada "La Sociedad Anónima de Alumbrado a Luz Eléctrica – La Uruguaya" que era administrada por privados, donde el Estado tenía una pequeña participación.[16]

El 2 de setiembre de 1889 se inaugura la Usina de Arroyo Seco, que posteriormente se convertiría en la Central Calcagno. Situada en la manzana limitada por la actual calle Jujuy en la que se diseñó su acceso principal y frente, la calle Entre Ríos al norte y la calle Santa Fe al sur, en

---

[15] Bertoni, Reto y Román, Carolina. Energía y desarrollo: la transición energética en el Uruguay (1882-2000). Asociación Uruguaya de Historia Económica, Boletín de Historia Económica Año IV - Número 5, 2006, P. 23.
[16] Nahum, Benjamín. La época batllista. 1905-1929, B. A. EBO, La República,1998.

la que se establecerían posteriormente las instalaciones del Servicio Médico.



Central Calcagño 1930

Abastecía a 250 manzanas de las zonas de Aguada y Cordón, donde no existía hasta el momento ningún sistema de alumbrado. Medina Vidal hace una descripción precisa de la misma:

> *"Era un edificio de piedra y mampostería, con techo galvanizado, de 77 m de largo por 51 de ancho, dividido en cuatro salas: de máquinas, de calderas, almacenes y oficinas y taller de construcciones eléctricas. Funcionaba con cinco*

calderas (sistema Belleville), dos bombas de alimentación y dos chimeneas de hierro fundido de 34 m de altura y 1,80 m de diámetro interior. Contaba con ocho motores Ganz de 150 HP cada uno, y cada motor tenía acoplado en su eje un dínamo que producía 80 kw. La usina funcionaba a base de carbón mineral, que era transportado por un puente grúa desde la bodega de los barcos atracados en la bahía hasta seis tolvas de acero con capacidad de 120 toneladas cada una. El carbón pasaba luego a las hornallas de las calderas, produciendo hasta 9.000 kg de vapor por hora. La energía generada se transmitía a los cuatro grupos generadores que derivaban a las subestaciones."[17]

A partir de la crisis bancaria de 1890 pasan al Estado las acciones de la Compañía de Electricidad. En 1905 el Estado aumentó el capital invertido en la Usina de Luz y Eléctrica de Montevideo y amplió sus obras mediante un decreto llamado de "reorganización de la luz eléctrica". Disponiendo el Estado en 1906 provisoriamente la administración provisional conjunta de la Empresa por el Poder Ejecutivo y la Administración Departamental de la ciudad de Montevideo, consumando el pasaje del servicio público a manos estatales. Posteriormente el 27 de setiembre de 1906 se promulgó la "ley de transformación", que autorizó la realización de las obras necesarias para modernizar el suministro de energía eléctrica, tanto para alumbrado público como para particulares. En 1911 se complementa por la "ley de ampliación de transformación de la capacidad de la empresa", en el texto de ambas normas se sienta la orientación que se dará el Estado en materia energética en la primera mitad del siglo XX. Lo que es sellado por la Ley N°4.273 del 21 de octubre de 1912[18] que crea la Administración General de Usinas Eléctricas del Estado, estableciéndose la estatización de la energía eléctrica, por la que el Estado se hizo cargo en forma definitiva de la administración de la Compañía Eléctrica de Montevideo, asumiendo el monopolio de la producción, distribución y

[17] Medina Vidal, Marcos. Reseña histórica de la UTE, Organización Medina, Montevideo, 1952, P. 212.
[18] Ley de creación de UTE N° 4273. Registro Nacional de leyes año. 1931.

comercialización eléctrica en todo el país, se exceptuaron las concesiones realizadas a las empresas tranviarias.

El presidente Batlle y Ordóñez fundamentaría su propuesta de otorgar al Estado el monopolio en la generación de energía eléctrica en todo el país en que: "Es un fenómeno económico y social de orden general el de la explotación colectiva de los servicios públicos. Todos los países la practican; su extensión es un hecho universal; los partidos, aún los conservadores, lo aceptan y ejercen en el gobierno; ha podido, pues, decirse de él, que forma parte de la evolución contemporánea para la concentración industrial".[19]

Para Bertoni:

> *"En las dos primeras décadas del siglo XX quedó conformada buena parte del dominio empresarial del Estado uruguayo. Ese fue el instrumento elegido para dar respuesta a la necesidad de asumir responsabilidades en aquellos ámbitos en los que ciertas externalidades u otras fallas del mercado, ponían bajo sospecha que la iniciativa privada pudiera asegurar el suministro de ciertos bienes o servicios estratégicos para la promoción del bienestar social. Como parte del combate contra el "empresismo" británico, se determinaron estatizaciones y se resolvió implantar ciertos monopolios estatales… entre ellos la generación, transmisión y distribución de energía eléctrica."*[20]

---

[19] Nahum, Benjamín. Empresas públicas uruguayas. Origen y gestión, Ediciones de la Banda Oriental, 1993.

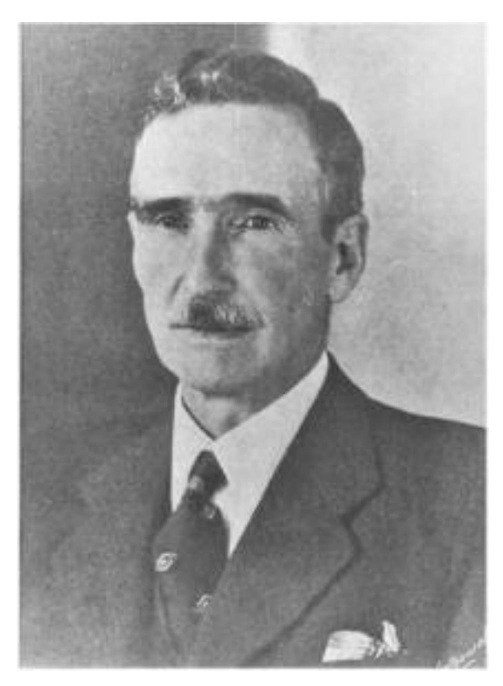
[20] BERTONI, Reto. Evolución del sector eléctrico uruguayo en el siglo XX. Programa de Historia Económica y Social, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República, Uruguay, 2009. El resultado lo expresa Bertoni: *"La estrategia definida e implementada desde esa empresa pública determinó un extraordinario impulso a la electrificación, ampliando la potencia de las centrales de generación en Montevideo y difundiendo el servicio público en el interior del país, a través de un doble proceso de la estatización de las usinas particulares existentes y la creación de nuevas centrales de generación y, desde 1931, conectando un importante número de localidades del sur del país a líneas de alta tensión abastecidas desde la capital. Puede afirmarse que, desde entonces, la participación de la generación para terceros por parte de firmas privadas se convirtió en un fenómeno marginal, rémora de un marco regulatorio ya superado."*

Como continuación del proceso de estatización, a comienzos de la década del treinta del siglo pasado y dado el desarrollo alcanzado por la Organización, se le confían nuevas acciones. Por la ley Nº 8.767 del 15 de octubre de 1931, se cambia la denominación de la Administración General de las Usinas Eléctricas del Estado, pasándose a llamarse Administración General de las Usinas y Teléfonos del Estado (UTE). Facultándose a la Administración, a tomar a su cargo la explotación de los servicios telefónicos y a ejercer el monopolio de las comunicaciones telefónicas por cable en todo el país. Quedando autorizada por la ley Nº 8.780 del 20 de octubre de 1931, a "comprar o expropiar" las empresas telefónicas privadas. Convirtiéndose en la empresa telefónica nacional monopólica, en desarrollo constante durante los próximos 41 años. Se crearán estructuras y servicios acordes con la evolución tecnológica, encontrándose entre las primeras del continente. De este modo se constituye una estructura industrial, que agrupaba energía y comunicaciones, que será la más compleja e importante del país hasta la actualidad. Esta situación será modificada por el gobierno de facto que decide su escisión el 25 de julio de 1974, a través del Decreto- Ley N° 14.235, con la creación de una organización pública de Telecomunicaciones, ANTEL. Con el carácter de ser un servicio descentralizado integrante del dominio industrial y comercial del Estado. Es de destacar la influencia en esta decisión del Ing. Alejandro Végh Villegas, profesional de UTE, administrador de corporaciones trasnacionales y Ministro de Economía del gobierno de facto.

1.3 Creación y Primeros Servicios

ÍNDICE


El 30 de marzo de 1905, el Presidente del Consejo de la Administración de Luz Eléctrica, Sr. Carlos Burmester da cuenta que, para cubrir la vacante del nuevo puesto, había contratado los servicios del Dr. Enrique Llovet (médico oficial).



Dr. Enrique Llovet

Inmediatamente, se dio a conocer que todo el personal tendría la asistencia gratuita de dicho facultativo, debiendo los certificados de enfermedad ser expedidos por el médico mencionado. También se resolvió, que desde ese momento no se tomaría a ningún empleado ni operario, sin el examen previo de sus condiciones físicas.

Con respecto a la asistencia fuera del recinto del Servicio Médico, la primera que se registró, fue en marzo de 1909, cuando el Dr. Llovet atendió a tres obreros que cayeron de un andamiaje. La política de prevención de accidentes y la atención medica del trabajador adoptada desde el inicio por la Empresa, recién será plasmada a nivel normativo en 1914, con la promulgación de la Ley 5032 de prevención de accidentes laborales, que tendió a garantizar los derechos y protección de los trabajadores y trabajadoras a nivel nacional.

Es necesario hacer una breve acotación sobre aspectos del Dr. Llovet, quien fundo las bases de la estructura de este Servicio. Discípulo del Dr.

Enrique Puey con el que se forma en cirugía y es su colaborador en su centro de atención, adquirió las capacidades para la estructuración de un sistema de salud moderno adaptándolo a las características de la época, en el ámbito de una organización laboral. Situación que lo llevó a innovar, ya no solo a escala nacional sino a nivel global en el diseño de un servicio de salud en el trabajo. Son ferméntales en su concepción la influencia de su maestro, de sociedades como Les Amies de la Patrie y fundamentalmente de la escuela de medicina francesa. En su praxis, que orienta su visión, hace carne el análisis de Arturo Ardao sobre el crisol intelectual y cívico del ser nacional y los profesionales de la época: "La Universidad de Montevideo, orientado ya el país hacia la cultura francesa, encontró así al nacer [...] un espíritu no exento de señorío humanista, emancipador del dogmatismo teológico a la par que inspirador de un liberalismo de alta escuela que ha dejado huella profunda en nuestras tradiciones intelectuales y cívicas".[21] Su actividad pública se caracterizó por su ideario Liberal, en la elección nacional de 1910 en el que la disputa comicial, al abstenerse los nacionalistas, se limitaba a la pugna por los cargos de la minoría entre el grupo católico y el Partido "Coalición liberal-socialista" que tenía como punto de sutura la separación de la Iglesia del Estado. Formó parte de la lista de candidatos por el sector liberal.[22] Integró la Comisión Directiva de la Sociedad de Amigos de la Educación del Pueblo el año de 1922 y fue electo Presidente del Sindicato Médico del Uruguay en 1938. Fue destituido de la Empresa, luego de 30 años de ejercer la responsabilidad como Médico y Jefe del Servicio en 1935, por orden directa del dictador Gabriel Terra.

Como resultado de la demanda del incremento del servicio eléctrico, en el año 1909, como ya vimos, se da la ampliación de la usina termoeléctrica de Arroyo Seco. Lo que aseguró, además del suministro

---

[21] Ardao, Arturo. Espiritualismo y positivismo en el Uruguay, México, Fondo de Cultura Económica, 1950.

[22] Otero Menéndez, Jorge. Uruguay, un destino incierto, Edición electrónica. Texto completo en www.eumed.net/libros/2006a/jo/. (Consultado el 25 de octubre de 2017.)

de electricidad las veinticuatro horas, la potencia suficiente para abastecer a la industria con fuerza motriz. Paralelamente, en su entorno se planifican y desarrollan bajo la presidencia del Ingeniero Santiago Calcagño una serie de talleres, servicios e instalaciones que constituyen con la central térmica un polo industrial. Por esta razón, se decide que la sede del Servicio Médico de la Empresa debe ser establecida en el eje del mismo, adaptándose las construcciones existente y posteriormente edificándose la primera instalación en la calle Santa Fe 1041.



Foto de la primera sede del Servicio Médico de UTE en la calle Santa Fe 1041, vista de grupo de donantes de sangre. 1945.

1.4 Las influencias y el escenario histórico.

ÍNDICE 

Desde el inicio del Servicio de Salud en el Trabajo de UTE, se adoptó una concepción humanista de la gestión del trabajador. Lo que generaría a lo largo del siglo XX una confrontación con las distintas tendencias tayloristas y neotayloristas, que primaron en la Organización de la

Empresa. Es preciso destacar que, más allá de principios filosóficos, la concepción humanista adoptada tenía una base organicista propia al ejercicio médico. En la misma el centro de la Organización es el ser humano, en todas sus fases y aspectos como ser natural. Que emerge de la naturaleza con quien se interrelaciona y estructura, su medioambiente o más precisamente su medio. La praxis médica de la época estaba alejada de conceptos genéticos o endógenos de otro tipo, valga de ejemplo la amplia importancia dada a la higiene y salud ambiental por ese entonces.[23]

En el marco de estas circunstancias, se dio la influencia entre otros del Dr. Jean-Paul Langlois (1862-1923) Profesor Asociado de Fisiología en la Facultad de Medicina de París y en general de la corriente de la fisiología del trabajo, que lidero Jules Amar[24], que se desmarca de los trabajos de Taylor, cuya preocupación era optimizar el trabajo humano despreciando la fatiga y el trabajo excesivo. Los fisiólogos franceses estaban interesados, por el contrario, en las consecuencias del trabajo sobre el organismo humano, el estudio de la fatiga y el exceso de trabajo, el surménage. Van a buscar por ello integrar ese factor humano a la organización del trabajo. Langlois fue nombrado en 1920 para dirigir la investigación sobre "El estudio mecánico y fisiológico para un mejor rendimiento y un mínimo de fatiga". Para los autores franceses:

> *"este intento, de interés puramente técnico, estaba lleno de una verdadera revolución.* ***No sólo porque se enfrentaba con ilusiones, rutinas y abuso espiritual, sino porque se topaba con las leyes fisiológicas, psicológicas y sociológicas de la naturaleza***

[23]Que estaba relacionada con la concepción hipocrática, que establece una ética profundamente naturalista, al considerar que el ajustamiento al orden natural constituye el criterio supremo de moralidad.

[24] Rabinbach, Anson. "European Science of Work," pp. 472-94; R. Ribeill, "Les Débuts de l'ergonomie en France à la veille de la première guerre mondiale," *Le Mouvement social* 113 (February—April 1980): 3-26. Para las diferencias entre la ciencia del trabajo y el taylorismo, ver Jules Amar y Armand Imbert, "A Propos du système Taylor," *La Technique moderne* (November 1, 1913), pp. 1-12.

***humana**. Esta oposición ha sido fructífera. Al golpearlos, el taylorismo sacó de su silencio necesidades que no eran conscientes de sí mismas. A través de una especie de movimiento dialéctico, con repercusiones alternas, estuvo en el origen de la racionalización industrial, la selección y la orientación profesional.'*[25]

De la acción utilitarista impulsada por Stuart Mill, nosotros diríamos que emergió el sentido del arte. El Sentido antropológico de la medicina que se manifiesta en dos actitudes básicas, universales e intemporales del Ser: 1) la actitud ante la vida in totum y 2) la actitud ante la muerte. En donde el acto médico adquiere así una única e intransferible particularidad, se vincula -directamente- con el vivir, con el nacimiento y con la muerte, que son los momentos más definitivos del existir. Revistiendo simultáneamente el carácter de ser un elemento común a todos los tiempos y a todas las culturas, a las que trasciende. En donde, por su carácter no fenomenológico e intrínsecamente absoluto y autosustentado, su identidad se explica por sí, y no por el discurso relativo expresado desde la sumatoria de diversas disciplinas, como la economía, sociología, psicología, literatura y lingüística.

La medicina es un arte, cuya raíz brota del fondo enigmático de la vida y requiere siempre no sólo del saber científico, sino también de la caridad y de la ética. Es por eso que Paracelso, figura clave de la medicina moderna y pilar de la medicina laboral, distingue una ciencia médica y una sabiduría médica. Esa sabiduría, en realidad, siempre ha estado ligada al sacerdocio y a la religión. No es un quehacer más del hombre sino el Gran Oficio y es por eso que, sólo en el amor por el enfermo y el ser humano -que trasciende el saber de toda ciencia- el médico puede descubrir el último secreto de su vocación.[26] He aquí el origen profundo

---

[25] Wallon, Henri. «Taylorisme, rationalisation, sélection, orientation», Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, Disponible en http://pistes.revues.org/2612;DOI:10.4000/pistes.2612. (Consultado el 30 de agosto de 2017)

[26] Dr. Sergio Peña Y Lillo, siquiatra. En Revista HUMANITAS Nro.9, 5 de enero de 1998. Pontificia Universidad Católica de Chile.

del sentido humanista, que se manifiesta descarnadamente en la salud, la existencia del sujeto y naturalmente en la gestión.

Existe un aspecto cultural contemporáneo, que se expresa en esa época, que no debemos olvidar. Podemos hacer una clara e importante distinción, que es la que afectaba a los diferentes planteamientos de la cultura norteamericana respecto a la europea o la anglosajona frente a la latina. Que van a caracterizar la reactividad frente al hecho tayloriano. Si bien, en general todas las tradiciones éticas tienen fundamentos comunes, como son el bien y el respeto al ser humano, los mismos son desarrollados de forma diferente.

La cultura norteamericana y anglosajona se basaba y aun lo hace en el binomio: **deber-derecho**, era más individualista y concedía un gran énfasis al principio de autonomía (García Urbón). Por otro lado, la ética latina se basaba en un binomio: **virtud-vicio,** que proviene de la Grecia clásica (Aristóteles) y del Judaísmo Antiguo. Donde se concede un gran valor a la solidaridad, además de otorgar gran importancia a la familia y al trabajo como uno de sus pilares fundamentales. Tenemos aquí el origen real de la escuela de gestión humanista de la administración.

Profesor Jean-Paul Langlois

1.5 El nacimiento de la gestión de la interioridad

ÍNDICE


Por el contrario, la teoría de las relaciones humanas que surge en los Estados Unidos, a partir de la década de los años treinta desarrollada por Elton Mayo y sus colaboradores, origen de la Escuela de las Relaciones Humanas, es una necesaria adecuación a la concepción tayloriana. De la que en última instancia forma parte y la complementa en su esfera sicosocial, con el objetivo del refinamiento de las prácticas de manipulación. En donde la simulación por la preocupación por lo humano, tiene como fin el continuar obteniendo los altos niveles de rendimiento y productividad logrados por la Administración Científica

tayloriana. No olvidemos el ambiente social en que emerge y las confrontaciones sociales suscitadas, en las que interviene el propio Congreso de la Unión Americana.

Como mencionábamos, a comienzos del siglo XX, se dan una serie de fuertes acontecimientos sociales, políticos y científicos que tendrán una impronta sobre el futuro del desarrollo de la gestión de las organizaciones. Así, tenemos la participación y estructuración de las grandes masas de trabajadores, generadas con la revolución industrial, que adquiere un grado nunca antes alcanzado. Paralelamente, con la consolidación de las nacientes repúblicas y el debilitamiento o caída de las monarquías, se crea una dinámica política en donde la población en general adquiere un protagonismo central. En el campo científico es el florecimiento de la sociología y la psicología, particularmente el psicoanálisis donde la figura del Dr. Sigmund Freud es central.

En economía, la cultura occidental anglosajona impuso el concepto de que el capital acumulado y concentrado en unos pocos, pasaría a ser "la cabeza" de la organización racional del trabajo. La que debería apoyarse, para bajar los costos al mínimo vital, sobre la base de una "masa" empobrecida, miserable y abundante. Lo que dará origen de hecho a la idea del control demográfico, vinculada a la producción y la demanda. Pero, fundamentalmente es la crisis del liberalismo clásico y del Estado liberal. Las sociedades centrales incorporan in totum, desde el simple individuo-operario hasta los miembros de las antiguas casas nobiliarias y los recién llegados del posmercatilismo, al totalitarismo como sentido de vida social.

Al pesimismo freudiano frente al "animal humano", supuesta causa de los males de la época, que debería ser domesticado y adaptado al entorno. Se suman las concepciones platónicas adoptadas por la intelectualidad dirigente expresadas en La República[27] De este modo, la Gran Guerra de

---

[27] Que Dal Maschio destaca: «el Estado ideal. Una comunidad con tres clases rígidamente separadas, en la que no hay lugar para la riqueza…, donde el poder censura aquellos contenidos considerados inapropiados, donde la unión entre

1914-1918, y la depresión subsiguiente dan el golpe de gracia para que se inicie un proceso que afectara el concepto social del ser humano. Las concepciones y modelos de gestión que surgen estarán impregnados por este ambiente. El "asalto" a la privacidad y la intimidad del sujeto, su condicionamiento inconsciente y emocional se convierte en una herramienta útil, válida y necesaria para la obtención de los objetivos deseados[28]. De esta manera lo psíquico y su manejo entra en la esfera de la organización.

Se generó una mentalidad presente en la época, que se fortalece en los años treinta y cuyos alcances no estaban limitados únicamente a Alemania, sino con defensores importantes en varios países. Mentalidad impregnada por una dinámica social y que en nuestra área representaba un "modo de ver médico" de diversas disciplinas (psicología, antropología, biología, genética, estadísticas, demografía). Las que pronto justificarían las medidas de la "Rassenhygiene" (higiene racial), una de las primeras tomadas por el régimen que subió al poder en 1933.

De este modo, en las primeras décadas del siglo pasado, los círculos académicos estadounidenses observaban con no disimulada admiración el «progreso» de la medicina, sobre todo en materia de esterilización [29].

---

hombres y mujeres está sujeta a los designios del Estado, en la que los hijos se separan de los padres y se cancela toda dimensión humana en la procreación, donde se censuran la risa y los placeres por ser poco edificantes, en la que a la inmensa mayoría de la población no le está reservada otra misión que la de obedecer y producir, donde los enfermos o los «mal constituidos físicamente» son dejados morir para no convertirse en una carga…". Dal Maschio E. A, Platón. La verdad está en otra parte, Descubrir la filosofía – 1. ePub r1.1. Titivillus, 2018.

[28] Heller, Frank. The Use And Abuse Of Social Science, Sage Publications, Londres, 1986.

[29] Rabinovich-Berkman, Ricardo D. ¿Triunfó el Nazismo? Universidad de Buenos Aires, Universidad del Salvador, Universidad Católica de Salta, Universidad del Museo Social Argentino, Comisión Nacional Asesora en Ética Médica, Academia

En 1934, la revista de la Asociación Médica Americana (JAMA), por ejemplo, se limitó a comentar la «más gradual evolución de práctica y principios» en los Estados Unidos, con relación a Alemania[30]. En cambio, el Dr. Joseph de Jarnette, de Virginia, se quejaba amargamente: «los alemanes nos están venciendo en nuestro propio juego»[31].

En 1936, la Universidad de Heidelberg, por entonces baluarte académico de las concepciones predominantes, celebró sus 550 años[32], y para demostrar, en palabras de su rector, «la devoción de la nueva Alemania a la tarea de la civilización universal y su patrocinio de los altos logros intelectuales en todos los campos del aprendizaje», invitó a casas de estudio de todo el mundo. Ocho universidades norteamericanas asistieron. Una de las más expresivas fue la de Harvard, cuyos delegados retribuyeron invitando a su vez a los germanos a los festejos del propio bicentenario, que se realizaría ese mismo año en Boston. Heidelberg entregó grados académicos honorarios a varios estadounidenses. De este modo, el ámbito social, filosófico y científico de la época estaba impregnado por una "cosmovisión", que independientemente del bando de pertenencia generaba y justificaba acciones, investigación y desarrollo de concepciones incompatibles con las nociones del ser humano. Jay Lifton hace una clara descripción de ese camino crítico. [33]

Nacional de Medicina, 2000, p 1. En PRIMERAS JORNADAS NACIONALES DE BIOÉTICA Y DERECHO, Buenos Aires, 2000.

30 Human Sterilization in Germany and The United States, en Journal of the American Medical Association, CII, pp 1501-2. 1934.

31 Kevles, Daniel J., In the name of eugenics*: Genetic and theuses of human heredity*, N.York, Knopf, 1985, p 116.

32 Rabinovich-Berkman, Ricardo D. op. cit. p 2

33 Jay Lifton, Robert, The nazi doctors, medical killing and the psychology of genocide, EEUU, Basic, 1986, p 38.

Dentro de este contexto, se dan experiencias como la desarrollada en la Universidad Johns Hopkins en 1920, por John B. Watson, el que llevó a cabo un estudio del condicionamiento clásico, en un bebé de 9 meses de edad al que él llamaba Albert, un huérfano proporcionado por el asilo que tenía su custodia. Experimento que evade todo tipo de norma ética.

En ese sentido, debemos recordar que el pilar de la teoría de las relaciones humanas el psicólogo Kurt Lewin, que se formó en Alemania y conoció de primera mano la experiencia alemana de condicionamiento de conductas, estaba impregnado por ese ambiente global que hacíamos mención más arriba. Durante su permanencia en Estados Unidos a partir de 1933, trabaja en los mecanismos sociales que tienen que ver con la interacción social. Investigando la aplicación de la presión social para lograr efectos, desde modificaciones en los hábitos alimenticios de los niños, hasta la obtención de las dinámicas de trabajo que fueran más eficaces para las organizaciones. Así, por ejemplo, se expresa: «Una de las principales técnicas para minar la moral mediante una "estrategia del terror" consiste exactamente en esta táctica: mantener confundida a la persona sobre cuál es su situación y sobre qué puede esperar. Si, además, mediante vacilaciones frecuentes entre aplicar severas medidas disciplinarias y prometer un buen trato, a las que se suma la difusión de noticias contradictorias, se logra que la "estructura cognitiva" de la situación sea completamente confusa, la persona puede incluso dejar de saber si un plan concreto la acercará o la alejará de su objetivo. En estas circunstancias hasta aquellos que tienen los objetivos claros se verán paralizados por enormes conflictos internos a la hora de decidir qué hacer.»[34] Participó, posteriormente, en la selección y entrenamiento de agentes de los servicios especiales (OSS) del gobierno estadunidense, así como en la coordinación con la contraparte británica. Trabajó con Wilfred Bion y Elliott Jaques en el desarrollo y aplicación de la dinámica

[34] Lewin, Kurt. "Time perspective and morale," (1942). En Civilian Morale. Boston; New York. Published by Houghton Mifflin Co, 2012.

de grupos y en el surgimiento de las técnicas de “ assesment center” que fueron parte del programa del War Office Board del Ejército Británico[35]. En esa época diseña como herramienta de formación de agentes de inteligencia los grupos T o entrenamiento de sensibilidad[36] que luego serán introducidas a la gestión gerencial. El personal que creó los WOSB encontró que tenían muchos intereses compartidos. Tras llamarse a sí mismos el "Colegio Invisible" (en referencia al Colegio Invisible que fue el precursor de la Royal Society), pasaron a formar el Instituto Tavistock de Relaciones Humanas después de la guerra, en cuyo origen Lewin tuvo una gran influencia[37].

En esa época varias corrientes surgieron orientadas hacia el estudio de lo sicosocial, de ellas destaca la originada en la clínica psiquiátrica Tavistok de Londres. La que primariamente prestó asistencia a los soldados víctimas de trastornos mentales de la Primera Guerra Mundial, estaba formada originalmente por 80 médicos. Desempeñando un importante papel durante el próximo conflicto global de 1939-1945, en las acciones de Guerra Psicológica del Ejército Británico. Una vez terminado este conflicto, dada la experiencia acumulada, se generó el Instituto Tavistock de Relaciones Humanas. El cual fue dirigido al estudio de la psicología de grupos desde una orientación psicoanalítica, de forma tal que todo el personal fue sometido al psicoanálisis sistemáticamente hasta comienzos de los años sesenta del siglo pasado.

---

[35] Elliott, Jaques. La organización requerida. Un sistema integrado para crear organizaciones eficaces y aplicar el liderazgo gerencial en el siglo XXI, p 23. GRANICA.

[36] Highhouse, Scott. (2002). Una historia del **Grupo T y sus primeras aplicaciones** en el desarrollo de la gestión. Dinámica de grupo, investigación, y prácticas, 7 (4). [Revista en línea, http://www.psicopolis.com/kurt/groupdynamics.htm , consultado el 4 de julio de 2017].

[37] Neumann, Jean. Kurt Lewin at the Tavistock Institute, Educational Action Research. 13. 119-136. 10.1080/09650790500200271. 2005.

El centro teórico es la teoría de las relaciones objétales donde pasa a segundo lugar la teoría de las pulsiones, la búsqueda del placer impersonal como origen motivacional del ser humano, que queda relegado a las necesidades de relación, el ser social. Las fuerzas psicológicas se dirigen hacia el campo social, la sociopsicológia. Posteriormente, como resultado de la evolución, las actividades del Instituto quedan dimensionadas en tres perspectivas: sociopsicológicas, sociotécnicas y socioecológicas. Con el paso del tiempo se desarrolla una red internacional de centros similares interrelacionados con Tavistock. El desarrollo de asesoramiento de Gobiernos, Corporaciones e instituciones educativas, le da un peso significativo a nivel global, a la que se le dará el nombre de corriente sociotécnica. La que estará presente a partir de la década de los años setenta del siglo pasado en el entorno del Rio de la Plata en la gestión organizacional.

En este caso, como en múltiples concepciones similares en que se considerará el factor humano como actor organizacional, se seguirá practicando de hecho el reduccionismo del sujeto a un mero homo economicus. Un hombre sujeto a una lógica instrumental, para la cual lo humano es un conjunto de procesos objetivables que se intentan conocer y controlar[38].

1.6 El escenario histórico y la salud ocupacional.

ÍNDICE


Otro aspecto global que tuvo repercusión significativa en la estructuración del Servicio de Salud Ocupacional, fue el surgimiento de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). En el Tratado de

[38] Patino, David Pérez y Arbelaz, Isabel Cristina Lopera. Gestión Humana de orientación analítica: un camino para la responsabilidad, *Rev. adm. empres.* [en línea]. 2016, vol.56, n.1, pp.101-113. ISSN 0034-7590. http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020160109. 2016, consultado el 10 de julio de 2017.

Versalles, tratado de paz firmado por los beligerantes al final de la Primera Guerra Mundial, que oficialmente puso fin al estado de guerra, se creó la OIT como parte del tratado. La primera reunión periódica anual de la Conferencia Internacional del Trabajo, se celebró a partir del 29 de octubre de 1919 en Washington. En ella se aprobaron los seis primeros convenios internacionales del trabajo, que se referían a las horas de trabajo en la industria, al desempleo, a la protección de la maternidad, al trabajo nocturno de las mujeres, a la edad mínima y al trabajo nocturno de los menores en la industria. En declaraciones del Director General de la OIT manifiesta que: "Uruguay es un país miembro fundador de la OIT que ha aportado valores y principios a esta Organización desde su adhesión en 1919, ratificando el mayor número de convenios internacionales del trabajo en las Américas (109) y el quinto entre los 187 Estados miembros de la Organización."[39] Entre 1919 y 1921 la OIT sancionó dieciséis convenios internacionales del trabajo y dieciocho recomendaciones y en 1926 se introdujo un mecanismo de control, aún vigente, por el cual cada país debe presentar anualmente una memoria informando sobre el estado de aplicación de las normas internacionales.

A nivel nacional, a principios de 1908 la Organización Nacional del Trabajo presento un proyecto de ley de Accidentes del Trabajo que recogía las disposiciones vigentes en aquellos países que tenían una legislación industrial avanzada. Redactado por el Dr. Juan J. de Amézaga, estaba inspirado fundamentalmente en la ley francesa de 1898 y tomaba el concepto de riesgo profesional como centro de su desarrollo.

El Estado aprobó finalmente el 21 de julio de 1914 la ley Nª 5032, que consagra las medidas necesarias para evitar los accidentes del trabajo.

En el artículo primero de la misma se estableció que:

---

[39] Miembro desde 28.06.1919. Declaraciones del Director General de la OIT, Guy Ryder en Noticias de la OIT en: http://www.ilo.org/ilc/ILCSessions/106/media-centre/news/WCMS_556467/lang--es/index.htm. Consultada el 20 de febrero de 2018.

"Los empresarios de establecimientos industriales, los directores de construcciones de todas clases, los que explotan minas y canteras o cualquier otro trabajo en que haya peligro para los operarios, quedan obligados desde la promulgación de la presente ley, a tomar las medidas de resguardo y seguridad para el personal de trabajo, a efectos de evitar los accidentes originados en la utilización de máquinas, engranajes, etc., así como para deficiencias en las instalaciones en general".

La que es complementada por la ley N° 7309 de diciembre de 1920 en la que se implantaban las responsabilidades patronales respecto del obrero accidentado. En esta ley se establecía claramente en su artículo 1° que los patrones eran responsables por las lesiones que sus obreros sufriesen; en su artículo 3° se determinaba la amplitud de la misma, alcanzando a los menores de 21 años y a los aprendices, mientras que en su Capítulo II, en el artículo 14 establecía las indemnizaciones que el patrón debía pagar:

1. incapacidad temporal, el obrero cobraba medio sueldo;
2. incapacidad parcial y no le permitía seguir trabajando, debía pagar una renta vitalicia igual a la mitad del jornal que pudiese ganar;
3. incapacidad total, cobraba de por vida dos tercios de lo que ganaba.

Enmarcado por estos conceptos, principios y acuerdos, el Servicio de Salud en el Trabajo en el ámbito de UTE tuvo inicialmente una visión predominantemente asistencial, dirigida a la prestación de primeros auxilios y a la hospitalización especializada. La evaluación de los daños biológicos sufridos, desde una perspectiva puramente clínica o quirúrgica y el tratamiento y rehabilitación de los casos de invalides. Las acciones de prevención se centraron en la evaluación médica preocupacional y periódica de los trabajadores, en encuestas higiénicas y campañas de educación sanitaria. Como resultado de los lineamientos conceptuales adoptados y el capital generado en más de dos décadas de experiencia, a

comienzo de 1930 el Servicio de Salud adopto 6 objetivos básicos que definirían su acción en prácticamente los siguientes 50 años:

- El constituirse en asesor en Salud y Seguridad de la dirección de la Empresa.
- La atención de emergencia, la consulta médica práctica y la medicina preventiva laboral.
- Selección, guarda y orientación psicofísica de los trabajadores en el proceso de ingreso.
- La Organización de la higiene industrial de la Empresa.
- El trabajo conjunto, en el carácter de coordinador, con las Unidades y servicios de prevención de accidentes y enfermedades profesionales, que se fueron generando.
- La investigación en el área específica de la industria eléctrica, en la que trabajaba el equipo médico.

La República Oriental del Uruguay en fecha 6 de junio de 1933 ratifica 30 Convenios de la OIT, específicamente, y en su orden, desde el Convenio 1 sobre las horas de trabajo en la industria, de 1919, hasta el Convenio 27, sobre la indicación del peso en los fardos transportados por barco, de 1929 y, al mismo tiempo, los convenios 30, 32 y 33. Así mismo, legislativamente se aprueba progresivamente una legislación específica:

- 1914: se promulga la ley 5032 sobre prevención de accidentes en el trabajo; es la primera vez que se piensa en la pérdida de salud del trabajador.
- 1914: se promulga la ley 5350 que fija la limitación de la jornada laboral a 8 horas.
- 1918, se promulga *ley de la silla*, donde se exigía que todas las mujeres debieran tener una silla en su lugar de trabajo.
- 1920: se promulga la ley 7318 que regula el descanso semanal obligatorio.
- 1934: Se produce la constitucionalización del Derecho del Trabajo y de los derechos sociales, los encontramos en nuestros actuales artículos 7, 53, 54, 57 y 67.

- 1934: ley 9202 Orgánica del MSP, crea el MSP como un Órgano de la Administración Central que tiene como cometido fundamental el ejercer la rectoría en materia de salud. Pero a su vez le asigna el cometido asistencial, en cumplimiento con la Norma Constitucional que habla de la prestación de asistencia a los indigentes, los carenciados.
- En el Art. 2 se establecen sus competencias: adoptar medidas para mantener la salud colectiva - reglamentaciones, en caso de epidemias o amenazas de enfermedades infecto contagiosas, adoptar medidas de protección para el país, asilar y defender a personas que por su salud representen un peligro colectivo.

De importancia para el derecho a la salud en el trabajo, determina condiciones higiénicas a mantener en establecimientos públicos y privados, los enumera, habla de cárceles, asilos, salas de espectáculos públicos, escuelas, talleres, fábricas, hoteles y todo otro lugar de permanencia en común.

En la División General de la Salud, están recogidas de alguna manera estas competencias asignadas al MSP: Epidemiología, Salud Ambiental y Salud Ocupacional, Alimentos, etc.

De este modo en el año 1941 – bajo la Presidencia de Juan Álvarez Cortés – y por R41.-16919, se reitera lo resuelto en 1905: el personal que ingresara a UTE, sería sometido inmediatamente después de su nombramiento a examen de un médico de la Empresa, y si fuera favorable, sería incorporado en forma provisoria, a la espera del certificado que expediría la Oficina del Carné de Salud Pública.

1.7 El cuerpo Médico

ÍNDICE


Ya desde la primera época de la Institución, se dio una constante que ha sembrado un camino luminoso forjado por aquellos trabajadores de la Organización, que más allá de su labor cotidiana, guiados por su vocación médica se han doctorado e ingresado en el cuerpo de

profesionales del Servicio de Salud. En el año de 1936 se recordó al Dr. Manuel Silveira, quien en una época en que cursar los estudios médicos era prácticamente exclusividad de la clase alta, con una leve insinuación del sector social medio, como trabajador obtuvo con su esfuerzo el título de médico.

> *"Con oportunidad de cumplirse el primer aniversario del fallecimiento del Dr. Manuel Silveira, que fuera esforzado médico de la UTE, sus compañeros de trabajo le recordaron en una tocante ceremonia, colocando una placa fundida en Talleres Generales y que reproducirnos en estas columnas: En nombre del personal hizo uso de la palabra el señor Héctor P. Gardil y en el del Cuerpo Médico el doctor José R. Moreno Zeballos[40], quien pronunció el brillante discurso que transcribimos a continuación: Los compañeros han querido honrar mi persona designándome para que ante esta tumba vuelque todos mis sentimientos de amistad y de afecto, robustecida en este solemne instante con la fuerza efectiva de ellos mismos que, al convertirme en intérprete, me hace el portavoz de esta congruente manifestación de sincera simpatía. Hace algunos años entraba a mi consultorio un joven cuya tez blanca hacia muy visible la profunda demacración que se dibujaba en su rostro. ¿Qué motivos habrían podido empalidecer su semblante, qué razones llegaron a disminuir la enérgica mirada de un hombre en plena juventud? Avancé resueltamente en los pormenores del interrogatorio usual; oí los detalles de su dolencia como quien percibe el acorde musical de una triste melodía. De esa narración pude comprender la labor intensa a que estaba sometido; pude percatarme. de que la labor agobiadora era el motivo fundamental de su dolencia. Durante el día trabajaba en la UTE y en las horas que restaban las empleaba para concurrir a clases, ir a las clínicas hospitalarias y como si no fuera bastante, le quitaba al sueño instantes de reparación necesaria a la reincorporación vital del organismo. Fue necesaria una pequeña tregua, un descanso impuesto por su decadencia física, para que el Dr. Silveira, a quien me cupo el honor de conocer en esa oportunidad, reaccionara de acuerdo a la extraordinaria fuerza de su juventud. Nuevamente en la brecha, así continuó el camarada haciendo recios esfuerzos*

[40] Electo diputado por el departamento de Lavalleja, periodo del 1 de junio de 1938 al 21 de febrero de 1942. Senador del 24 de febrero de 1943 al 10 de febrero de 1947. Diputado suplente por el departamento de Montevideo, asumió del 3 de octubre de 1949 al 18 de enero de 1950.

hacia lo que constituyó la orientación definitiva de su vida; sin un desmayo. sin una queja. con la visual fija en el acariciado propósito de sus desvelos. Más tarde vio colmados sus afanes; fue graduado en la Facultad de Medicina de la República, integrando el cuerpo médico nacional, lo que constituía la etapa final como estudiante y el comienzo realizador en el arte de mitigar los males de la muchedumbre doliente………… A la realización efectiva en una de las más duras etapas de su empresa. Todo ello cruzó como un bólido por el campo de su cerebro: quizás no había aún despertado de su sueño lleno de flores de encantos, lleno de esperanzas y de proyectos futuros, cuando en la vigorosa



Funcionarios de la UTE rodeando la tumba del Dr. Manuel Silveira.

contextura pensante se extinguió la luz que lo guiara en los eslabones difíciles de su vida y el corazón, paralizando el ritmo regular de su funcionamiento, claudicara en la magnífica alborada de una cristalizada ilusión. Así se escriben las páginas interminables de la existencia humana…. los siglos las épocas parecen acercarse y los hombres que han vivido en épocas distintas dan la impresión de que hubieran actuado en el mismo instante. Es el tiempo que en su decurso nos acerca como si quisiera aunar en el pensamiento y en el espíritu todo el esfuerzo de las distintas generaciones." [41]

[41] La revista de la UTE, N.° 1 Pág. 29-31. XX. Junio. 1936.

CAPITULO II
Segunda Época

2.1 Planteo Reorganizativo

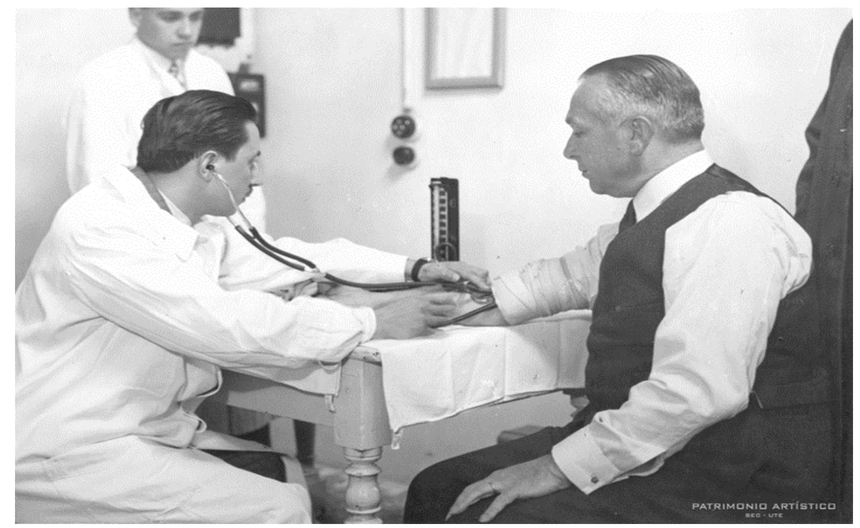
ÍNDICE

Cuando prácticamente a nivel global la Segunda Guerra Mundial se encaminaba ya a su fin. Habiéndose alcanzado como fruto de la misma un alto desarrollo industrial. La posterior expansión económica que se preveía exigía cambios en la gestión en general y en particular en la salud ocupacional. Así, en diciembre de 1943 – en la R43.-28224 – los Dres. Elbio Guianze y Alberto Schunk, plantean el "Esquema de Reorganización del Servicio Médico de la UTE". El Dr. Alberto Schunk, urólogo, integro el equipo del Dr. José Luis Bado[42], e inauguró el Instituto de Ortopedia y Traumatología el 28 de junio de 1941 como su colaborador. En primer lugar, se plantea la adopción de dos fichas; la médica y la financiera. La primera, contribuiría a la orientación con más elementos de juicio para aconsejar las licencias médicas, mientras que la segunda – la financiera – facilitaría la confección de una estadística apropiada para determinar lo que gastaba UTE por tal concepto.

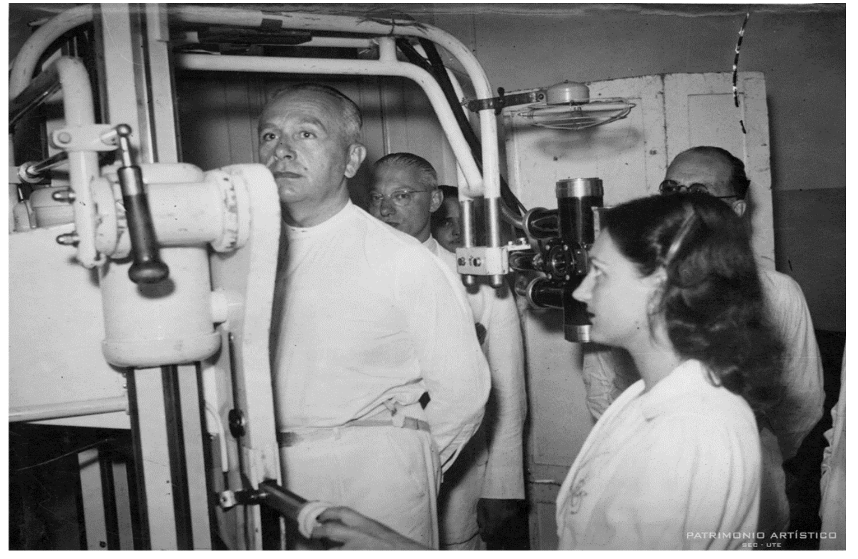
También se plantea, la creación de la Oficina Médica Independiente, siguiendo la orientación de la OIT. La que indica que los servicios de salud no deben estar bajo la órbita de las Unidades de control y sanción del personal. Para evitar su utilización economicista por el empleador, alejándolo de su función de protección de la salud del trabajador. El Directorio de la época no creyó conveniente, adoptar este aspecto propuesto, manteniendo que ese servicio lo podía prestar y supervisar la Sección Personal directamente, situación que se mantiene bajo otras denominaciones Institucionales hasta la fecha. A la vez, se propone

[42] SCHIMCHAK, Mario. Historia de la ortopedia infantil en el Uruguay. http://www.ortoped.fmed.edu.uy/Documentos/HISTORIA%20%20DE%20LA%20ORTOPEDIA%20INFANTIL.pdf. Consultado el 25 de febrero de 2018.

visitar los lugares de trabajo con recorrida periódica de todas las dependencias, talleres, fábricas, etc., para conocer el ambiente y características de cada una de sus actividades, con el fin de aconsejar nuevos medios de higiene y previsión de accidentes.



El Ing. Santiago Mauri, presidente de UTE, control médico 1945



El Ing. Santiago Mauri, presidente de UTE, examen radiológico 1947

Por último, se solicita autorización para utilizar Rayos X, Laboratorio y Especialistas con fines de diagnóstico, y el envío de accidentados al Instituto de Traumatología

Con este fin se inaugura la unidad de Rayos X especializada en el radiodiagnóstico del trabajador. Orientada al despistaje de enfermedades de comunidad (BK) y a la prevención de efectos derivados de la exposición a riesgos oncológicos, como el asbesto e hidrocarburos (carbón), característica de las centrales térmicas de la época, siguiendo las investigaciones de la escuela italiana.



Funcionarios de UTE, junto a enfermeras, sometiéndose a extracciones para el Bancos de Sangre 1945

En el Uruguay la hemoterapia cursó por diferentes períodos y etapas, desde 1944 comienza el desarrollo de los Bancos de Sangre. En línea con este proceso la Empresa realiza una sostenida campaña para la creación de listados de donantes. Considerándose el aporte de los trabajadores de la misma como un valor, motivado por la siniestralidad de la época y la

solidaridad social. Incorporándose el Servicio Médico de la misma a la lista de centros pioneros del país.

En 1951 se inaugura, empleando el solar del anterior edificio ampliándolo con la incorporación de previos linderos, el nuevo local basado en los lineamientos requeridos para un servicio de salud en el trabajo en la calle Santa Fe 1041. Habiéndose dado ese mismo año la inauguración del Sanatorio del Banco de Seguros en la esquina de Mercedes y Julio Herrera y Obes, se desiste de la culminación del proyecto original que comprendía un primer piso para internación transitoria, fundamentalmente de pacientes del interior de la Republica y un segundo piso para laboratorios y paraclínica.

2.2 La implementación del aspecto humano en la Empresa

ÍNDICE

Una serie de hechos y situaciones externas e internas a la Empresa generaron, en la década sesenta del siglo pasado, la actualización y el relanzamiento de la Gestión humanística. Entre ellos, en 1966 Douglas McGregor plantea en su obra «El lado humano de las organizaciones» la existencia de dos formas de pensamiento de los directivos, a los cuales denominó teoría "X" y teoría "Y". En el primer caso, los resultados se obtenían por el solo ejercicio de la autoridad y el control. Mientras que en la teoría "Y", que el postulo, por el contrario, se apoyaba el diseño de las relaciones laborales de forma tal, que la organización permitiera y estimulara a sus miembros a alcanzar sus propias metas, dirigiendo sus esfuerzos hacia el logro del éxito de la empresa. De este modo el factor humano se convierte en el determinante competitivo. En donde lo económico y lo social convergen simultáneamente, internamente en el trabajador y externamente en el

cliente y la sociedad. Esta concepción tubo una fuerte influencia en la Organización. [43]



Casi simultáneamente Maurice Dufour a comienzos de esta década inició los trabajos sobre el tema en la Escuela Superior de Ciencias Económicas y Comerciales de Paris (ESSEC). Planteando el análisis de la relación de la gestión [44]y las ciencias de la vida. Donde estas serían en última instancia un abordaje para el conocimiento del hombre de manera interdisciplinaria, pero reduciéndolo el encare a dos dimensiones que se priorizan: la filogenética y la ontogenética. Alain Chanlat, uno de sus discípulos continúo estos desarrollos en la Escuela de Altos Estudios Comerciales (HEC) de la Universidad de Montreal formando el Grupo Humanismo y Gestión, la llamada escuela de Montreal. Desarrollando

[43] Personalmente, siendo un joven que cursaba la educación secundaria, tome contacto con este trabajo gracias a mi Sr. Padre que lo recibió como integrante de la Empresa, fue de hecho mi primera relación con los temas de gestión.

[44] La mayoría de los autores utiliza el termino administración, pero para la escuela francesa cuando se utiliza este término se hace referencia a la gestión o estructura publica o estatal, cuando el sentido debe ser genérico.

un análisis crítico externo de la disciplina administrativa, adopta como herramienta el conjunto de las ciencias humanas y la filosofía, orientadas por una concepción integral del ser humano y de su papel en la nueva dinámica contemporánea.

La ruptura sicosocial, resultado de la crisis existencial del siglo XX, lo lleva a la búsqueda y al desarrollo de una nueva y expresa fundamentación filosófica de la administración. Si Dios ha sido sustituido por el poder del centro del universo humano, el reto es que el hombre sea el centro de la escena. Por ello, postula centrar al hombre como eje de la gestión de la nueva concepción administrativa.

Tanto Doufurt como Chanlat se basan en la corriente de pensamiento, que, partiendo de Parménides, alcanza su culminación con Aristóteles y que contemporáneamente se expresa en Claude-Henri de Rouvroy, conde de Saint-Simon. Lisa y llanamente su visión es el retorno del espíritu del renacimiento europeo.

Pero existen elementos que no encuadran adecuadamente, como Dusell[45] podemos decir que es claramente eurocentrista, pese a todo el supuesto artilugio universalista, a lo que se suma su posición globalista manifiesta expresamente. La que descansa en la concepción saintsimoniana y aristotélica aristocrática, de la cual debemos destacar algunos de sus aspectos vinculados.

A partir del siglo VII A.C, comienza una transformación de la Polis griega que generara una crisis del liderazgo de la nobleza, en ella podemos distinguir distintos factores desencadenantes. El desarrollo del comercio, asociado a una nueva dispersión geográfica del pueblo griego en las

---

[45] Dussel, Enrique. Europa, modernidad y eurocentrismo, en La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2000. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708040738/4_dus. Consultado el 25 de febrero de 2018.

colonias ultramarinas, tendrá un papel fundamental. En donde, paralelamente, surge el préstamo comercial vinculado a la actividad mercantil favoreciendo a que algunos miembros de la nobleza, pero mayoritariamente a comerciantes y artesanos que resultaran muy beneficiados. Todo lo que generará una nueva visión más universal, que vincula al ciudadano a la cultura mediterránea y al grupo pensante a Egipto, Babilonia y Persia entre otros. Es en este escenario en que surge la concepción democrática de gobierno. En su apogeo trascurre la vida de Aristóteles y la generación de su obra, entre la que destaca "La política". En donde realiza el análisis de las distintas formas de gobierno, definiendo, según el análisis de la escuela anglosajona, que la mejor polis es una aristocracia de los mejores. La escuela alemana considera, por el contrario, a su vez que para Aristóteles lo es una politeia (πολιτεία), un gobierno mixto. [46]

Nosotros compartimos que existe en el estagirita una clara concepción aristocrática de la justicia distributiva y, por tanto, se inclina claramente por la estructura aristocrática. La misma está relacionada con la concepción del entorno de sociedad de castas de la época. La que, transcurridos más de dos milenios, aún perdura en el "inconciente colectivo" de la humanidad y en la vivencia de grupos de decisión particulares de la misma. En donde, la configuración moderna posrenacentista es el resultado de la ruptura de la relación de valor, jerárquica, entre el elemento: el individuo y el todo: la totalidad social; dialéctica en perpetua disputa desde la Grecia clásica. Esta visión aristotélica está impregnada por el sentido, que supera en este caso al pensador, como manifiesta Popper: "La tensión de la civilización comenzaba a hacerse sentir. [...] La tensión se halla íntimamente relacionada con la tirantez entre las clases, que surge, por primera vez, con la caída de la sociedad cerrada. Esta no conoce, en realidad, ese

[46] Knoll, Manuel. Aristóteles y el pensamiento político aristocrático. Rev. filos. vol.73 Santiago oct. 2017.

problema. Por lo menos para los miembros que desempeñan el gobierno, la esclavitud, las castas y el gobierno de clase son «naturales», en el sentido de que a nadie se le ocurriría cuestionarlos"[47]. Esta situación se da en los paladines de la "social democracia aristotélica"[48], lo que les impide una real visión humanista y un desarrollo crítico-interpretativo imparcial de la administración. A la que se contrapone la visión democrática, universalista y humanista integral, que se desplegó en la Organización desde su origen. La que entró en oposición a la concepción sociotécnica, cuando esta se implantó.

2.3 El desarrollo de la Gestión Humanista

ÍNDICE 

Como resultado del progresivo desarrollo de la Gestión Humanista en la Organización, en la década de los años 60 se implementaron acciones en el área de salud y calidad de vida. En el año 1967, se dan una serie de hechos sin precedentes dirigidos a reforzar la atención del trabajador. El día 5 de octubre, se crean por R67.-7754, dos nuevas Policlínicas específicas de asistencia médica complementaria al personal.

Se valora la importancia del área psíquica en el medio ambiente laboral con la creación de la Policlínica Psiquiátrica, que comprendía la asistencia y análisis psicotécnicos. Paralelamente se reconoce la

[47] Popper, K. La sociedad abierta y sus enemigos, Barcelona, Editorial Planeta-Agostini, 1992. pp. 173-4.

[48] Nussbaum, Martha (1990a), "Aristotelian Social Democracy", en R. Bruce Douglass/Gerald M. Mara/Henry S. Richardson (eds.), Liberalism and the Good. New York/London, 203-252.

importancia de la mujer trabajadora con la inauguración de la Policlínica Obstétrica y Ginecológica.

En esa misma Resolución, se reconoce la necesidad de compatibilizar la actividad laboral con la demanda de las necesidades y requisitos familiares, se decide instalar una Nursery en el piso 11 del Palacio de la Luz cede central de la Empresa, para niños de hasta 3 años, donde serían atendidos y cuidados durante el horario de trabajo de sus madres. Posteriormente se crearía una guardería, contigua a la sede sindical (AUTE), que ampliaría los servicios hasta nivel preescolar. Siguiendo esa tendencia los hijos de los funcionarios, obtendrían un nuevo beneficio, el 17 de octubre de 1967 por R67.-7897 se autorizaba el funcionamiento en el Servicio Médico de una Policlínica Pediátrica atendida, por 2 pediatras el Dr. Juan Carlos Di Landro y la Dra. Estela Arcos para la atención de los niños de los trabajadores.

Como agregado de la R67.-7754, que versaba sobre la implantación de algunos servicios de asistencia médica al personal, el Directorio resuelve cubrir el riesgo quirúrgico y traumatológico de todo el mismo, que no esté bajo el amparo del seguro de riesgo laboral del Banco de Seguros del Estado. Se incluye la atención de parto con el ingreso de 2 parteras para el diagnóstico y derivación al obstetra. Para la ejecución de las prestaciones se contratan los servicios de una institución privada de salud, que fue en una primera instancia el Sanatorio Americano, con cargo a UTE.

El desarrollo de la generación hidráulica, como establece la OIT[49] llevó a instalar servicios de policlínica, médico y enfermería para la atención de los funcionarios, de su familia y apoyo a la comunidad en las tres centrales Hidráulicas de Bonete, Baygorria y Palmar. Bajo la supervisión y con personal del Servicio Médico de UTE.

[49] Establecida por la recomendación 112 de 1959, ratificada y ampliada por el Convenio número 161, sobre los servicios de salud en el trabajo de 1985.

2.4 Pioneros, la cardioreanimación.

[ÍNDICE](#) 

El accidente eléctrico con paro cardiovascular, es uno de los riesgos habituales de la actividad eléctrica industrial y particularmente de las empresas de este ramo. Por ello UTE, sumado a las técnicas de seguridad y prevención de la época, desarrolló la asistencia especializada incorporando un sistema móvil de emergencia que permitió atender al trabajador en el lugar mismo del accidente. Su área principal de aplicación era la resucitación de urgencia.

Primariamente se dotó al móvil de un sistema de ventilación asistida, por ello adquirió el nombre de Pulmotor. Que consistía en un voluminoso equipo de ventilación, el cual a medida que la innovación tecnológica fue desarrollando nuevos equipos estos fueron incorporados, facilitando el traslado y la atención del paciente. El Ministro de Salud Publica Dr. Enrique Claveaux en la sección de la Cámara de Diputados el 9 de mayo de 1949 hace mención del Pulmotor que operaba UTE: "Habló con mucho entusiasmo de los *pulmotores*; dijo que actualmente está poblando los hospitales con ese accesorio... Ministro— fueron donados por el Rotary estando uno de ellos en funciones en el Hospital de Niños y otro en la *UTE*."[50] A sí mismo para ajustarse a la normativa vigente vehicular se cursó nota a la Intendencia Municipal de Montevideo que autoriza y califica la índole del servicio prestado: "Vista la Solicitud de la Gerencia División Usinas de la UTE, para que se disponga lo pertinente a fin de que pueda equiparse de sirena de alarma a los vehículos de la Sección Reclamos de ese Organismo que transporta el pulmotor, para atender a accidentados para concurrir a

[50] Cámara de Diputados. Diario de sesiones, Volumen 478, Número 1.

siniestros".[51] Surge aquí la primera unidad móvil a nivel nacional de reanimación.

Posteriormente, a los móviles se fueron integrando nuevas prácticas y técnicas de asistencia. En la década del treinta del siglo pasado la industria eléctrica, en donde sus trabajadores se exponían a riesgo de muerte por descarga eléctrica de alto voltaje, financió la investigación que llevaría a desarrollar frente al paro cardiovascular los equipos de desfibrilación directa. Los que posteriormente darían lugar al desfibrilador cardiaco externo de uso hospitalario y ulteriormente a tipos de desfibriladores móviles, alimentados por baterías. El mantenimiento regular de una comunicación e información técnica entre las empresas eléctricas permitió, cuando se dio la aparición de estos, la compra e incorporación a las unidades de emergencia. De este modo la reanimación cardiorespiratoria móvil del país funcionó por primera vez en la esfera de UTE, siendo la primera compañía en Latinoamérica en ofrecer servicios de salud en el lugar, siendo la tercera en su tipo en el mundo. Esta unidad especializada y equipada según la tecnología de la época estaba destinada no solo a atender los accidentes eléctricos ocurridos en cualquier lugar de Montevideo y zonas aledañas, sino también a solicitud de los servicios del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio del Interior de las situaciones que lo requirieran.

En 1978 Ofelia Torres Bruno en la descripción de su trabajo: Sanidad en el Uruguay describe al "SERVICIO DE PULMOTOR. Dependencia de Administración de Usinas y Trasmisiones Eléctricas del Estado (UTE). Hace frente a emergencias relacionadas con accidentes de sus funcionarios o de particulares, provocados por descargas eléctricas. Este servicio atiende excepcionalmente algunos otros - casos: situaciones de

[51] Resolución N° 1344 del 26 de abril de 1955. Concejo Departamental de Montevideo. Volumen 2, Números 2-5.

asfixia é inmersión. Sede: Santa Fe 1041 Telef.: 91 91 68 Montevideo".[52] Actuando en este servicio distintos profesionales, últimamente el cardiólogo Dr. Manuel J. Rial Gonda y posteriormente el cardiólogo Dr. Antonio Rezendes, que continúa desempeñándose en el Servicio Médico actualmente.

Este servicio cumplió eficientemente su cometido hasta que, en el año 1994, enmarcado dentro de las directivas de la privatización de las acciones del Estado, la Administración de la época decide la contratación de empresas privadas de emergencia por R 94.-28 que cumplan su función y dispone su cierre definitivo por R 94.-3009. En contra de las recomendaciones formuladas por la empresa eléctrica asesora en gestión Unión Fenosa, de España. La prensa de la época, Semanario BRECHA, hace referencia a la situación: "Ante el asombro de pocos (y desconocimiento de muchos) dejó de funcionar, el 16 de noviembre de 1994, el servicio de emergencia médico móvil de UTE, más conocido comúnmente como "el Pulmotor". Durante unos treinta años atendió emergencias originadas en accidentes eléctricos, afecciones cardiorrespiratorias, traumatizados graves, aun complicaciones domésticas. "[53]

Se menciona, en el artículo, al proceso estratégico adoptado de adaptación a la reestructura impuesta: "A partir de 1992, y con proyectos originados en 1986, la subgerencia de Medicina Laboral comenzó a desarrollar un programa que estudia las condiciones de trabajo, clasificando los problemas de salud que sufren los funcionarios y proponiendo medidas correctivas. Por razones obvias de jerarquización, en lugar de muestreos se hizo un seguimiento de alrededor de cinco mil historias clínicas, esto es, la mitad de los funcionarios. Aunque no han

---

[52] Torres Bruno, Ofelia. Universidad de la República, Facultad de Medicina, Biblioteca Nacional de Medicina, – P. 242. 1978

[53] Gillles, Santiago. Semanario BRECHA – Edición del 4 de AGOSTO.1995. P. 13.

sido incluidas en el sistema informático, lo que facilitaría su mejor utilización, consta en carpetas. "[54]

El Servicio Médico se mantiene como una unidad de prestación de atención y control de ausentismo médico y emergencias en puerta, incorporando una unidad que atiende más específicamente los aspectos relativos a la salud ocupacional. Contando a la fecha del cierre del servicio Pulmotor con un plantel de 24 médicos.

2.5 Años de forja

ÍNDICE


El 27 de junio de 1973 el Presidente de la Republica Dr. Juan María Bordaberry disuelve el parlamento e instaura un régimen de facto que perdurara hasta el 28 de febrero de 1985. Como resultado de esta situación, se generarán varios hechos que afectarán la actividad y al personal del Servicio Médico de UTE. En respuesta a este hecho institucional, el cuerpo médico a través de Sindicato Médico del Uruguay, en conjunto con otras organizaciones sociales, declara un paro general de actividades, con mantención de los servicios de emergencia y otras actividades imprescindibles. El cuerpo de profesionales de la Empresa adhiere al mismo, lo que acarreara observaciones y sanciones que se materializan en resoluciones del Directorio Interventor de la época. A manera de ejemplo trascribimos la R.73.-2093 del 10 de julio 1973: "Montevideo, 10 de julio 1973. R.73.-2093. TRAÍDO a Sala el expediente No. 40002c55/12, que se eleva con informe del 9 de julio de 1973, del Cuerpo Médico y Servicios Anexos, en el que se da cuenta de la situación funcional de los médicos de su dependencia, los cuales se encuentran cumpliendo sus funciones en forma sólo parcial, ya que si bien efectúan el examen de los pacientes dejan sin cumplir con la extensión y rúbrica de la correspondiente Certificación Médica; CONSIDERANDO que en el citado informe se expresa que se

[54] Idem.

desconoce la posición asumida al respecto por el Dr. Esteban Blazic Gutuche, dado que se encuentra faltando el servicio con aviso, habiéndose indicado a dicho profesional que debía reintegrarse a sus tareas en la Administración; CONSIDERANDO el informe del Cuerpo Médico y Servicios Anexos, de fecha 9 de julio de 1973; CONSIDERANDO, asimismo el informe de la Gerencia de la División Personal, de fecha de hoy; y memorándum de la misma fecha del Médico Supervisor; y ATENTO a lo dispuesto por R 73.- 2042, de 4 de julio en curso, EL DIRECTORIO INTERVENTOR DE LA UTE RESUELVE: 1) Separar de sus cargos, con privación de medio sueldo, a los siguientes médicos: **Dr. Oscar Silveira Ucar, Dr. Heber Larrosa Deschamp, Dr. Jorge De Fuentes de León, Dr. Juan C. Beriao Insúa, Dr. Robinson Basante Perrone, Dr. Luis H. Silva Arispe, Dr. Luis Ortega de Barros, Dr. Gregorio Martirena Alzugaray, Dr. Manuel J. Rial Gonda, Dr. Bernardo Lamaison Peixoto, Dr. Gilberto Pratt Capurro, Dr. Juan C. Bagattini Marin, Dr. Mario Gayol Collette, Dr. Haroldo Capurro Alzola, Dr. José Ma. Garat, Dr. Héctor R. Grela Carbajal, Dr. Esteban Blazic Gutuche**. 2) Disponer la instrucción de un sumario, el que será caratulado con el No. 1089/73. 3) Que por intermedio de la Sección Sumarios se designe al Instructor Sumariante. 4) Que se adopten las medidas pertinentes a fin de que este sumario, debidamente sustanciado, sea elevado a consideración del Directorio dentro del plazo de 30 días con carácter de improrrogable. Tome nota la Secretaría; remítanse copias de la presente resolución a las Gerencias General y de la División Personal; y, cumplido pase directamente a la Asesoría Letrada. Arq. Juan José Castro, Presidente; Gilberto Piñeyrúa Winterhalter, Secretario General."[55]

---

[55] SINDICATO MÉDICO DEL URUGUAY. COMITÉ EJECUTIVO. Acta No.10 del XLIV Ejercicio. Julio 12 de 1973. A/26. Resaltados en negrita son propiedad del autor http://www.smu.org.uy/socios/obituario/actas1973.pdf . Consultado el 22 de febrero de 2018. Resaltado en negrita del autor.

Otro hecho lamentable que surgió en el entorno de esa época fue la muerte de un operario de 21 años, casado con dos hijos a cargo, perteneciente a la Fábrica de Columnas de UTE. El Jefe del Servicio Médico Dr. Damaso Tor Silvera[56] investigó el hecho y concluyó que no existían las medidas de seguridad y protección adecuadas para evitar este tipo de accidentes, informo a la superioridad y de hecho al Directorio Interventor de la necesidad de corregir esta situación, lo que no fue tomado en cuenta. El miembro del Consejo de Estado, órgano que suplantaba al poder Legislativo, Dr. Wilson Craviotto exparlamentario en conocimiento del hecho solicito informes a la Dirección de la Empresa. Como resultado el Jefe del Servicio fue removido del cargo permaneciendo solo con funciones de médico de emergencias. A partir de este momento la Unidad es excluida de todas las acciones de Seguridad e Higiene de UTE.

Como resultado de la escisión del área de comunicaciones, con la creación de una telefónica independiente, ANTEL, el 25 de julio de 1974, a través del Decreto-Ley N° 14.235; el personal técnico del Servicio Médico se subdividió. Pasando parte del mismo a constituir la nueva Unidad de Salud Ocupacional de la empresa creada.

---

[56] El Dr. Dámaso Tor fue alumno del profesor Ing. Germán Villar y compañero de generación del Ing. Álvaro Cutinella. Habiendo ganado por concurso la plaza de Profesor en Electrónica en la Universidad del Trabajo del Uruguay, la que ocupo entre 1955 -1960. Ganando por concurso la plaza de Profesor de Filosofía de los Institutos Secundarios, con desempeño en el liceo de la Ciudad de La Paz 1975.

CAPITULO III

Fin de siglo

3.1 La reorganización Gerencial

ÍNDICE

De este modo, a fines de la década de 1980, UTE se encontraba fundamentalmente orientada hacia la producción de energía eléctrica. El Estado de la República Oriental del Uruguay adoptó en esa época una política de privatización paulatina del sector eléctrico a partir de la promulgación de la nueva Ley Orgánica de UTE N° 15.031 de 4 de julio de 1980. Que se continuó más formalmente con la aprobación de la Ley Nº 16.211 de 1º de octubre de 1991 (Ley de Empresas Públicas), y la Ley Nº 16.832 de 17 de junio de 1997 (Ley de Marco Regulatorio del Sector Eléctrico) Como resultado de las mismas se establece: la libertad de generación (desmonopolización), la creación de la Unidad Reguladora de Energía Eléctrica, de la Administración Nacional de Mercado Eléctrico, y del mercado mayorista de energía eléctrica. La libertad de generación implicaba que cualquier agente podría generar energía eléctrica. Mientras tanto, la creada Unidad Reguladora de Energía Eléctrica y la Administración Nacional de Mercado Eléctrico nuevos Organismos del Estado, se constituyeron en la estructura para la administración del mercado de energía eléctrica nacional. En concordancia con esta política energética, en los últimos años del gobierno de facto y en los primeros del gobierno electo, la Alta Gerencia comienza a idear un programa de restructura de la Organización. El que cristalizará con el inicio del proceso de implantación de un Proyecto de Mejora de la Gestión (PMG) en 1987. Como consecuencia del mismo, se puso énfasis en la función de comercialización pasando a priorizarse la atención al cliente, firmándose una consultoría con la empresa española Unión Fenosa. Lo que se daba en un ciclo de privatización. El proceso de privatización

requería para su mejor gestión, según la concepción de la época, de la generación de un grupo de diseño, negociación e instrumentación propio de la misma Empresa, que estuviese interiorizado y comprometido con el mismo y con los operadores privados interesados en el control del negocio. Por ello, se generaba en cada organización un grupo de élite que procedía a la adecuación de la estructura gerencial, la que sería la modeladora de la nueva organización. En esta situación se implantará la cultura del cambio, bajo el imperio del paradigma de la mejora continua y el modelo de calidad, todo lo que va a facilitar intentar imponer la estructura de "Unidades de Negocio", la segmentación de la Empresa, paso previo a una modalidad de privatización de la empresa pública. Situación que no fue compartida por la mayoría del cuerpo gerencial, por contradecir la cultura de empresa de pertenencia y se constituyó en un factor reactivo generador de cambios.

Esta situación local se dio en el entorno de la estrategia globalista de los agentes de la época. Así, Castells definió conceptualmente que "La economía global incluye, en su núcleo fundamental, la globalización de los mercados financieros cuyo comportamiento determina los movimientos de capital, el crédito, las monedas y, por tanto, las economías en todos los países". Pero se consideraron elementos básicos de la globalización de la economía, el creciente comercio internacional, el aumento de la inversión extranjera directa (IED), y para ello una de las herramientas fundamentales era la globalización de una parte esencial de la producción de bienes y servicios nacionales por medio de las empresas multinacionales (EMN).[57]Así, en la década de 70, la banca internacional tenía un exceso de recursos a colocar que se originó, por una parte, por la caída de la demanda de crédito en los países industriales y, por los cuantiosos depósitos de los países productores de petróleo, los llamados petrodólares generados en el ajuste de 1973, la crisis del precio del

[57] Castells, Manuel. Globalización, desarrollo y democracia: Chile en el contexto mundial, Santiago, Fondo de Cultura Económica. 2006.

petróleo. Había que colocar dichos recursos y los países latinoamericanos eran buenos clientes. Lo que se facilitaría con la llegada de regímenes autoritarios y sistemas políticos venales indígenas, que realizarían la captación de deuda sin dificultades de negociación internas. El planificado retorno posterior de capitales a los países centrales (Europa y EEUU) será direccionado, frente al planeado colapso del socialismo, e invertido en Europa Oriental, seguido del posterior impulso de los procesos de integración y globalización económica de Asia. Todo esto dará lugar a la crisis de la deuda externa latinoamericana de la década de 1980, que alcanzó su máximo histórico en 1982 con un valor de 200.000 millones de dólares. Crisis que se instaurara con oscilaciones prácticamente hasta nuestros días, "bajo la modalidad de la cultura social de la gestión de la crisis". Por otra parte, la crisis de la deuda provocó un radical proceso de reestructuración de numerosas empresas, comenzando con las mayores compañías estatales de la región que entraron en una fase de reducción de costos. Pero, a pesar de estas reformas, seguían siendo empresas fuertemente endeudadas por lo que en 1987 comenzó un proceso acelerado de privatizaciones, que ha continuado hasta nuestros días. Al tiempo que se llevó a cabo la venta de empresas paraestatales y se impulsaban políticas comerciales y financieras de apertura de las economías latinoamericanas. Este conjunto de políticas económicas, que fueron bautizadas como neoliberales, florecieron en formas similares en cada país y marcaron una ruptura con las viejas políticas estatistas y populistas (batllismo), Krause, Keynes; que tenían tanta importancia en Latinoamérica desde hacía medio siglo"[58]; el continente ingreso en la "economía del rentista" dependiente de los centros financieros.

El modelo desarrollado en nuestro país, fue el delineado para la región de América Latina y que se sintetizaba públicamente en el llamado Consenso de Washington. El que consistió en un conjunto de diez

[58]Palacios, Marco y Weinberg, Gregorio. Historia General de América Latina, UNESCO, Volumen VIII: América Latina desde 1930, p. 211, 1 enero 2008.

recomendaciones de política económica, formuladas en 1989 por el economista inglés John Williamson.[59] Que tenían como objetivo la orientación de los estados de la región en desarrollo, inmersos en la crisis económica, para que pudiesen salir de la misma. Las recomendaciones estaban dirigidas a lograr la implementación de políticas de estado conducentes a liberalizar el comercio exterior y el sistema financiero, disminuir la intervención del Estado y facilitar la presencia de capital extranjero en los países. [60]

Para la ejecución de la reducción de la intervención del estado, se adoptaron tres tipos de acciones y métodos de privatización en toda la región, en forma aislada o combinada, los que podemos dividir simplificando en tres modalidades:

1. Venta de empresas anteriormente estatales a agentes privados.
2. La transferencia de funciones de administración de bienes y servicios públicos, en donde el operador privado no se convierte en su propietario, recibiéndolos a los efectos de su explotación durante un determinado periodo.
3. Privatización parcial, en la que el Estado compra determinados servicios a empresas privadas para no tener que realizarlos por sí mismo

Esta consultoría que mencionamos y la subsecuente reestructura organizativa, tendrán un impacto significativo para la Empresa y específicamente, en este caso, para los servicios de salud de la misma, por lo que describiremos distintos aspectos relacionados. Unión Fenosa fue un grupo empresarial español, presente en numerosos sectores

---

[59] El Consenso de Washington, una entelequia económico-político-intelectual, formado por el Fondo Monetario Internacional, por el Banco Mundial, por el Tesoro de Estados Unidos, el Congreso, los altos cargos de la Administración y los grupos de expertos.

[60] Brescia, Maura. Privatización + poder + globalización en Chile, América Latina y el Caribe, Editorial Mare Nostrum, Santiago de Chile. 2000.

económicos y mercados. Surge el 23 de noviembre de 1982, con el nombre de Unión Eléctrica Fenosa, tras la fusión entre Unión Eléctrica y Fuerzas Eléctricas del Noroeste S.A. (FENOSA). La primera relación formal empresarial se concreta en 1986, el Grupo firma un contrato de consultoría con UTE. Posteriormente participaría en la privatización de los sectores públicos eléctricos de Colombia, adquiriendo los servicios de la región norte de este país.

¿Por qué se eligieron agentes operativos españoles para la gestión de inversión de capitales en América Latina? En principio por la facilidad idiomática y la identidad cultural, a lo que se sumó su experiencia privatizadora local. Pero, fundamentalmente por la facilidad del manejo y control de estas organizaciones y especialmente porque se evitaba un contacto directo en esta primera etapa, en donde el escenario podría ser conflictivo. En mi experiencia personal, cuando tuve que manejar temas complejos y recurrir a contrapartes externas, establecer un diálogo con Barcelona o Madrid no me fue resolutivo y tuve que levantar el teléfono y llamar a Berlín para obtener un resultado firme y técnicamente válido.

En 1988 la empresa alemana SAP, fundada en 1975 por cinco ingenieros alemanes técnicos de IBM, pasa de ser una compañía privada de responsabilidad limitada a SAP AG (sociedad anónima), que cotiza en bolsa, con el consiguiente ingreso de capital accionario que favorece su despliegue a nivel global. SAP se convierte en el proveedor líder mundial de soluciones de software de e-business que integran procesos dentro y entre empresas. La compañía es también el tercer mayor proveedor de software independiente en el planeta. El colocador y "comisionista" en el mercado uruguayo (UTE, ANCAP, etc.) y en gran medida Latinoamérica será Unión Fenosa.

La optimización de la relación con el sector privado llevo a que el 17 de marzo de 1993 se creara la Gerencia de Consultoría Externa (CONEX) con rango de Área, dependiendo directamente de la Gerencia General. Desde su creación a la fecha, diversos servicios de variada naturaleza han sido prestados a organizaciones públicas y privadas, en el

ámbito nacional e internacional, marcando presencia en países de América, Europa y Asia.

México – Ciudad de México	LFC Luz y Fuerza del Centro	Adaptación e implantación del Sistema de Gestión de Abastecimientos (SGA) y adecuación de la estructura organizativa de las unidades involucradas. Desarrollo de metodologías de captura de información para la implantación del Sistema de Gestión Comercial (SGC). Preparación, lanzamiento y seguimiento de las Campañas de Captura diseñadas. Adaptación e implantación del Sistema de Gestión Personal (SGP) y adecuación de la estructura organizativa de las unidades involucradas. (Subcontratados por Unión FENOSA).
Portugal – Lisboa	Lusitania Gas	Adaptación e implantación del sistema de información OPEN – SGC. Análisis, desarrollo e implantación de mejoras al Sistema Comercial.

		(Subcontratados por Unión FENOSA).
Filipinas – Manila	MERALCO Manila Electric Company	Customización e implantación del Sistema de Gestión Mantenimiento, Sistema de Gestión Comercial, Sistema de Gestión Económica, Sistema de Gestión Abastecimientos y Mejora Organizativa Integral. (Subcontratados por Unión FENOSA).
Moldavia – Chisinau	Unión Fenosa ACEX	Formación del Equipo de Soporte y Administración de Base de Datos del Sistema de Información Económica SIE Open. (Subcontratados por Unión FENOSA).

Diagrama de actividades de Conex (consultora externa)[61].

CONEX ha participado en más de 120 proyectos en 20 países, para los cuales destacó a más de 650 profesionales y técnicos de distintas áreas de gestión de la empresa.

Así, el escenario generado por la aplicación de una nueva política energética nacional de desarrollo del sector privado, dejando liberado al sector público a su suerte, llevo a necesarias experiencias y aprendizajes

[61] Consultada en intranet UTE el 1 de diciembre de 2015.

que devinieron en un profundo debate a nivel del cuerpo gerencial. Lo que dio como resultado la adopción de diferentes acciones y en última instancia de una profunda reestructura de la Organización. Que permitieron la adaptación y el mantenimiento de la identidad de la Empresa en el nuevo contexto, su competitividad, expansión y predominio sin asistencia de ningún tipo, por si misma, en el mercado.

3.2 La reorganización del Servicio de Salud en la Empresa

ÍNDICE

Dentro del proceso de reestructuración organizacional la gestión de la Salud y Seguridad Ocupacional en la Empresa se reformulo de acuerdo a los intereses de grupos. Así, la gestión estratégica de Organización se desarrolló en el ámbito de la Dirección y de la Alta Gerencia. En donde se adoptaron el conjunto de decisiones que se tomaron y las acciones que se llevaron a cabo a largo plazo, con el fin de orientar a la organización a alcanzar los objetivos corporativos, indicados por la Administración y el Sistema Político. La Alta Gerencia participo predominantemente en la formulación, ejecución y control del plan estratégico de la Empresa. Los objetivos, en este nivel de la Organización, definieron el rumbo a seguir y generalmente se trazaron para un período de 5 años, coincidente con la renovación de los miembros de la Dirección asociado a cada acto electoral. Hecho que no ocurrió con la Alta Gerencia, cuya permanencia en el tiempo la empodero en el conocimiento y control del sistema organizacional. El que fue construido bajo su influencia, deliberadamente para lograr sus fines, decidiendo la distribución de los recursos y asignando las tareas para obtener los fines adoptados.

La gestión táctica que derivo de la gestión estratégica, tuvo como objetivos los generados directamente de esta, estando alineados con ellos y abarcando lo que se denominó “las unidades estratégicas del negocio”.

El modelo de gestión histórico "autoritario" fue sustituido por la llamada "gestión integral". Se propuso así el concepto sustitutivo de la Empresa como un sistema, en el cual la gestión táctica era la integradora y articuladora de cada una de las actividades, de manera que se lograren los resultados esperados por la Alta Gerencia. Lo que involucro directamente la gestión del factor humano. En la esfera de las áreas o gerencias se diseñaron los objetivos en función de los objetivos estratégicos.

En último nivel, se desarrolló la gestión operativa, en la cual se implicaron todas y cada una de las actividades de la cadena de valor interna, tanto primarias como de apoyo. La salud ocupacional y la gestión de Salud y Seguridad Ocupacional (SSO) fue localizada dentro de la gestión operativa en la Empresa, en el ámbito de las estructuras de Recursos Humanos. Pero no se dio una eficiente y adecuada articulación y direccionamiento con los niveles táctico y estratégico. Por ello, el nivel de integración de la SSO con las actividades de la organización, se reflejó en que los planes de prevención y gestión del riesgo se desarrollaron con la participación desigual y mínimo de los niveles de gestión estratégico y táctico. El espacio de actuación del sector en la Organización se definió en forma estática y aislada del resto de los elementos que componían a la Empresa.

El Servicio de Salud no participo en el diseño estructural del sistema de gestión de la Empresa, al no tener una presencia de cierto peso en la estructura corporativa gerencial. A lo que se sumó a las diferencias que se fueron dando a lo largo del tiempo, a su vinculación directa con el Sistema Político, por su carácter de agente social de importancia en esa época y la relación natural con el trabajador, lo que podría interferir con el control de la gestión gerencial. Todo ello le genero su marginación de todo el diseño emprendido.

A lo que se sumó la adopción del conjunto de estrategias generadas para la resolución de la crisis de los años 80 en los países centrales (EEUU, Europa). Las que indujeron fuertes trasformaciones en la

gestión laboral a nivel global, así como en el ejercicio medico laboral con el surgimiento del modelo de "Medico de Empresa". Los nuevos métodos de *management* diseñados, tuvieron efectos deplorables tanto en el ámbito laboral propiamente dicho como en los trabajadores y sus familias, generándose situaciones dramáticas como los 25 suicidios de trabajadores de la empresa France Telecom en poco más de un año y medio.

La necesaria transformación de los médicos de la Organización, con formación previa y desempeño como profesionales independientes, sumado a su participación como referentes a nivel social y político, que a su vez tomaban en serio el considerable respeto y confianza con que sus pacientes trabajadores los consideraban. Llevo al grupo gerencial a adoptar medidas de reingeniería psicosocial en los procesos de gestión del Servicio Médico, para transformar a sus integrantes en empleados sumisos y de mera ejecución de las tareas indicadas.

El conjunto de tácticas y estrategias ya probadas en otras organizaciones que se implementaron incluyeron:

1. Hacer que la gestión organizacional fuese incomprensible para los médicos. Lo que no fue una tarea fácil el confundir a personas inteligentes y profesionales de la organización, pero se pudo hacer. Por ejemplo, una herramienta empleada fue transformar al personal del Servicio de Salud cada vez más dependientes de sistemas complejos, fuera de su dominio de la experiencia, como la tecnología de la información, la codificación y el software del Área de Recursos Humanos. Asegurándose hacer tales sistemas de usuario poco amigables y poco fiables.
2. Promover una sensación de inseguridad en el personal del Servicio de Salud. Un médico, un enfermero o un administrativo estable, cómodo en su puesto y función suele resultar difícil de controlar. Se modificaron los regímenes de prestación laboral de forma que, por los horarios de función, dedicación, etc., se convirtiera al personal profesional enteramente dependiente

económicamente de las decisiones de la administración de la Empresa. Para socavar la confianza de los miembros del Servicio, se indujo sistemáticamente la idea fuerza de que se supiera que los puestos de trabajo del personal de salud estaban en peligro y que el propio Servicio Médico se trasladaría al sótano de la sede de la Empresa o se lo demolería, y en última instancia tácitamente desaparecería de la Organización. Instaurando un estado de angustia colectiva frente a la impotencia, hasta la ruptura de la vinculación laboral con renuncia al cargo. Lo que se reforzó con el otorgamiento de retiros incentivados específicamente para la Unidad.

3. Aumentar la responsabilidad de los médicos a grado extremo en las situaciones que intervenían, al tiempo que se disminuyó su autoridad. El objetivo de estas medidas era inducir un estado que en psicología se denomina "desamparo aprendido". El desamparo aprendido también se le conoce como *síndrome de Estocolmo*, y se refiere a la acción de no hacer nada para no estimular algo doloroso, para evitar una situación inevitable de dolor. Se generó así un creciente sentido en el personal de salud de que, independientemente de lo que hicieran, no podían influir de manera significativa en la gestión sanitaria. Se le pide al trabajador de la salud que haga algo que considera que está mal. Es decir, se le fijan metas que están relacionadas no con la lógica de la salud ocupacional del trabajo, sino sólo con la lógica de la productividad.
4. Transformar a los médicos de tomadores de decisiones en salud y seguridad en meros implementadores de las decisiones, que las jerarquías de las estructuras acordaban. Para lo que se interiorizó el convencimiento a los profesionales de que su juicio técnico con respecto al trabajador ya no constituía una orientación confiable y valida. Tipificándose a tales decisiones como anecdóticas, idiosincrásicas, o simplemente insuficientemente basadas en la evidencia. Asiéndoles sentir que su misión no era equilibrar los beneficios y los riesgos de la gestión con su conocimiento del

trabajador-paciente, sino en su lugar el aplicar las directrices para las prácticas de la contratación, despido, promoción y todas las recompensas basadas en el cumplimiento de la conformidad con las políticas y procedimientos establecidos por la estructura gerencial.

5. Adiestrar a los médicos en las expectativas de productividad, la terminología y los métodos similares a una industria manufacturera. Para hacerlos pensar en sí mismos como trabajadores de la línea de producción. Para a continuación, convencerlos de que no estaban trabajando lo suficientemente duro, rápido y eficientemente. Presentándoseles estándares y puntos de referencia con los que se los comparaba, con los cuales su "producción" siempre era insatisfactoria.

En última instancia, se introdujeron barreras y obstáculos entre los médicos y sus trabajadores-pacientes. Porque, se detectó que cuanto más directamente los médicos y los trabajadores se sintieran en sus acciones relacionados entre sí, mayor seria la amenaza al control de la estructura gerencial. Paradójicamente, se logró así que cuando un trabajador tenía un problema de salud o seguridad laboral y necesitaba atención, creía que debía dirigirse primero a su estructura de mando y no a un médico del Servicio de Salud.

Todo esto llevó a que el sector se lo redujera, pasando de un nivel cuasi gerencial con 25 médicos y 11 administrativos en 1992, a una Unidad Departamental en la nueva estructura organizacional con 5 médicos y un administrativo en 2004. Teniéndose como meta final el Outsourcing o tercerización de este proceso del negocio y su desempeño por otra organización. La cual sería contratada para desarrollar esa porción del mismo, implantando el modelo de Medico de Empresa con uno o dos profesionales.

Lo que comenzó con el cierre del Pulmotor se extenderá por más de una década, en donde la estructura corporativa ejercerá la máxima presión para reducir, excluir y finalmente eliminar al Servicio Médico de

la Empresa. Hecho que no ocurrió porque menospreciaron la capacidad de resiliencia del cuerpo médico, pero más allá fue un típico error de gestión de falta de apreciación del escenario.

3.3 Atendiendo a la Salud Ocupacional

ÍNDICE

La OIT comenzó a comienzos de 1950 a debatir la posible reglamentación de los servicios de salud y atención de los trabajadores, formulando en 1985 una resolución sobre el tema que se mantiene vigente. Para ello, consideró como antecedentes los convenios y recomendaciones internacionales formulados, y en especial la Recomendación sobre la protección de la salud de los trabajadores, 1953; la Recomendación sobre los servicios de medicina del trabajo, 1959; el Convenio sobre los representantes de los trabajadores, 1971, y el Convenio y la Recomendación sobre seguridad y salud de los trabajadores, 1981, que establecen los principios de una política y de una acción a nivel nacional. Resolviendo, en la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo realizada 7 junio 1985, aprobar el Convenio sobre los servicios de salud en el trabajo (C161). A nivel nacional el Estado por la Ley Nº 15.965 de 28 de junio de 1988 ratifica los Convenios de la Organización Internacional del. Trabajo Nº 155 y Nº 161 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores y sobre Servicios de Salud en el Trabajo.

El convenio 161 establece en su artículo 3° inciso 1 que "Todo Miembro se compromete a establecer progresivamente servicios de salud en el trabajo para todos los trabajadores, incluidos los del sector público y los miembros de las cooperativas de producción, en todas las ramas de actividad económica y en todas las empresas. Las disposiciones adoptadas deberían ser adecuadas y apropiadas a los riesgos específicos que prevalecen en las empresas." Por ello, habiéndose ratificado el texto se incorpora al cuerpo del derecho nacional, sin carácter obligatorio, restando su instrumentación lo que se prolongara hasta su

reglamentación por el Decreto 127 del 13/05/2014. En este periodo se debatió, tanto a nivel internacional como nacional, si el ámbito de estos servicios debería ser la esfera pública o la privada. Es decir, el Estado actuaría como controlador o como controlador y prestador simultáneamente, situación que en el origen de su formulación se daba en Europa oriental y en algunos países de Asia.

MODELOS DE SERVICIOS DE SALUD EN EL TRABAJO-OIT

1. Modelo interno (en la empresa)
2. Modelo colectivo o interempresas
3. Modelo de especialización sectorial (por ramas de actividad)
4. Consultas externas del hospital publico
5. Centros sanitarios privados
6. Servicios de asistencia sanitaria primaria pública o privada
7. Modelo de seguridad social

En nuestro país, si bien existieron proyectos de creación de una Inspección General de Salud en la órbita del Ministerio de Trabajo, o de la incorporación de la función a la existente por ese entonces DISE (Dirección de Seguros por Enfermedad), el hecho no se concretó. Consolidándose el modelo de Estado controlador y servicio, funcionando en la esfera privada en sus múltiples modalidades. Lo que incluyo a las empresas estatales con sus propias estructuras, que debieron adaptar o generar nuevas funciones.

Frente a esta situación en ese momento se adoptó como objetivo estratégico principal de la Unidad la de preservar la salud psicofísica laboral de todos los funcionarios y becarios de la Organización, adoptándose varias acciones que centran la labor entre 1992 y 2005.

1. Adopción del Sistema de Calidad de la Organización, con capacitación y formación del personal. Lo que fue seguido de la identificación del cliente que recibía el servicio. Definiéndolo a este, como aquel que dentro de la Empresa toma el resultado o

producto del servicio de salud ocupacional como recurso, para realizar su propio proceso.

2. Como consecuencia del rediseño de procesos, se instrumentó a partir del año 1992 la nueva historia clínico-laboral, creada de acuerdo a la academia y tomando como ejemplo la adoptada por EDF de Francia. Conceptualmente se profundizo en la tradición clínica de la medina nacional, el medico del trabajo desarrolló su actividad en contacto con el paciente, el trabajador, en el ver, tocar, oír, que tiene su centro en el examen ocupacional.
3. Por R96.-3536, reafirmando la tradición histórica, la Dirección resuelve que es obligatorio para conducir vehículos de la Empresa superar las exigencias del examen psicofísico realizado por nuestra Unidad, que se sumó a la habilitación reglamentaria municipal o nacional requerida. Lo que contribuyó en forma clara y objetiva al abatimiento de la accidentabilidad en ese sector crítico.
4. Se diseñó y ejecuto sistemáticamente, el proceso de realización de exámenes de aptitud para torreros y personal que efectuaba trabajos sobre líneas energizadas (TCT) en extra alta y alta tensión. En concordancia con la política de Empresa, que toma la decisión de realizar tareas de mantenimiento sobre líneas en media y baja tensión (MT y BT) con tensión.
5. Los profesionales de este Servicio, con los apoyos necesarios, realizaron una exhaustiva evaluación de los riesgos de cada puesto de trabajo y determinaron el perfil de condiciones psicofísicas necesarias para el desempeño de las tareas, con la finalidad de minimizar el riesgo de accidentes de estos trabajadores. Ubicando en este campo a UTE a la altura de empresas eléctricas de primer nivel.
6. A los efectos de romper el aislamiento organizacional, atendiendo a la situación de la Empresa abocada a procesos de mejora continua, y a las directivas de reducción de gastos, se descentralizaron los procesos propios característicos de la salud

ocupacional. Concurriendo a los distintos lugares de trabajo de la Organización en el país, plantas, oficinas y obradores fueron visitados. Se realizó un contacto directo con el trabajador y sus líneas de supervisión, practicándose los exámenes psicofísicos en el lugar evitando el traslado de grandes masas de personal desde puntos lejanos del país a Montevideo, con el consiguiente ahorro de viáticos y pérdida de jornales.

7. Médicos y Sicólogos estudiaron situaciones individuales complejas relacionadas con la actividad laboral, ya fueran afecciones profesionales como comunitarias. Todo esto redundó, en colaboración con otras Unidades, en el desarrollo del sentimiento de pertenencia del trabajador a la Empresa.
8. Se instrumenta el sector de Psicología Laboral. Quedando los procesos de selección y clima laboral en el ámbito de RRHH, se profundiza y prioriza la relación con el trabajador.
9. Se adoptó la función de agente de parte e interlocutor ante otras organizaciones y servicios de salud, para la asistencia del trabajador. El médico de UTE estuvo presente ante los tratantes del Banco de Seguros del Estado (BSE), del sistema de atención comunitario o el Banco de Previsión Social (BPS) en los casos de la gestión del amparo ante la seguridad social por discapacidad, en un trato de igual a igual velando por el interés del trabajador.
10. El Dr. Juan Piñeiro, temporariamente a cargo de la Unidad, gestiona y realiza todas las adecuaciones necesarias para la emisión del carnet de salud laboral. Así, desde el mes de noviembre del año 2001, el Ministerio de Salud Pública (MSP) reconoció la calidad de la prestación de este servicio en lo que hace a la prevención en salud o medicina ocupacional,

habilitando – según Ordenanza Nº598 del 6/11/01 y Resolución de la División Control de Calidad, de fecha 27/11/01 – a este Servicio y autorizando a otorgar el *Carné de Aptitud para el desempeño de tareas de riesgo* diferenciado según las tareas (habilitación para tareas de riesgo eléctrico, única Empresa autorizada por la Administración a nivel nacional específicamente para emitir el mismo y habilitación para tareas de conducción vehicular.



Formato del Carné de Salud Básico

11. La venta de servicios. Las potencialidades alcanzadas en cuanto a recursos humanos y materiales, posibilitaron la prestación y venta de servicios de asesoramiento, asistencia técnica y atención externos a la Organización.

3.4 La competencia en el mercado

ÍNDICE


Como ya planteamos anteriormente, luego de aprobada la recomendación de OIT Nº 161 sobre Servicios de Salud en el Trabajo, se estableció un largo debate sobre si estos deberían actuar bajo la órbita pública o privada, lo que sumado a otros factores prolongó su

instrumentación legal. Encontrándonos con un servicio de salud ya constituido de larga data, con formación y tradición en el sector de la Medicina Laboral, que funcionaba integrado en una Organización de gran escala, en proceso de rediseño y expansión. Visualizamos la posibilidad de que la readecuación del mismo a los requerimientos del sistema OIT y sus prácticas de gestión, pudieran promocionar la implantación y desarrollo de los Servicios de Salud en el Trabajo en el escenario nacional.

El establecimiento de un dialogo entre empresas que tienen por el hecho de serlo un mismo lenguaje, el subsecuente relacionamiento entre los cuerpos de gestión que manejan conceptos técnicos comunes. El manejo de reglamentaciones y obligaciones legales que concuerden con el costo-beneficio y el trato con las asociaciones sindicales, en una relación de oportunidades e intereses; nos llevó a proponer la venta de servicios externos de la Unidad de Salud Ocupacional.

Se definió como cliente externo, aquel que pudiese utilizar los productos o servicios de salud ocupacional de la Empresa en forma rentada, pero que no era parte o socio de la Organización. Los clientes externos son esenciales, para el éxito de cualquier estructura de negocios de salud ocupacional de una organización compleja. Ya que no solo generan un flujo de ingresos a través de sus compras, sino que a través de la competitividad que exige el mercado refuerzan el proceso de mejora continua del servicio. Así mismo, se incorporan en el paquete generalmente servicios y productos, como por ejemplo informática o gestión, que hacen llegar en la oferta los beneficios a otros sectores de la Organización.

Con la venia correspondiente diseñamos el conjunto de productos a ser ofrecidos. Así, el 6 de octubre de 1999 en el marco del primer Encuentro de Salud en el Trabajo organizado por la Empresa y el apoyo del MSP, con la participación de otras organizaciones públicas y privadas se realizó su lanzamiento.

2da Jornada de divulgación sobre prevención en salud laboral

" Un trabajador sano es capaz de volcar todo su potencial de energía a favor de la Empresa, de la sociedad y de su familia" .



Miércoles 6 de octubre de 1999.
De 9:00 a 13:00 hs.
Centro de Formación Profesional: Leguizamon y Lasplaces.

PROGRAMA:

09:00 Video

09:10 Palabras del Sr. Presidente de UTE
Esc. Ricardo SCAGLIA.

09:20 Exposición por parte de técnicos y profesionales de la unidad:
Introducción: Dr. Juan Piñeyro
Ex. Odontológico: Dra. A. Rodríguez
Paraclínica-Visión-Audición: Enf. S. Bottini, P. Arguello
Ex. Cardiovascular ECG: Dr. A. Rezendes
Aconsejamiento médico: Dra. E. Camacho
Ex.Psicolaboral: Ps. C. Ferraro y Ps. S. Fernández
Certificaciones médicas: Dra. E. Arcos y M. Gonzalez
*Atención en policlínica:*Dr. A. Rezendes
*Auditorias médicas:*Dr. J. Pereira y Dr. L. Pérez
Preguntas.

Venta de Servicios.
Dr. D. Tor

10:45 Coffe Break

11:00 Alcoholismo y trabajo. Invest. estadística. Relación al contexto social, familiar y laboral
Ps. A. Urruty, Ps. C. Ferraro, Dra. E. Camacho y Dra. R. Palacios.

12:00 HIV-SIDA y Trabajo
Programa Nacional de SIDA MSP
Dra R. Palacios, Dra. E. Camacho y Ps. A.Urruty

13:05 Conclusiones y cierre
Sub Gcia. Gral. Operativa Ing. Carlos Milans
Sub Gcia. Gral. de Administración Cr. Raúl López Deleris

Transcribimos una breve reseña de la oferta de servicios que se presentó en este evento y que la Organización incorporo a su cartera de productos.

SERVICIO INTEGRAL PARA LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE

1. Consultoría de Dirección
2. Prevención de Riesgos y Salud Laboral
3. Planes de Seguridad Integrada
4. Control de gestión
5. Auditorías del servicio de salud laboral
6. Optimización y seguimiento de los servicios de:

- asistencia ante el BSE en Accidentes
- asistencia de su Gestoría Laboral

(CONES)



Un estilo de gestión -

PREVENCIÓN

UTE, ofrece un paquete completo de Servicios que permiten ponerse al día, en materia de Prevención, de acuerdo a las obligaciones de la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales y el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Diagnóstico de Prevención.

Diagnósticos de la situación de la Prevención en la empresa tanto desde el cumplimiento de la Ley como del nivel de gestión de Prevención, con, posibilidad de mayor o menor profundización según necesidades.

Evaluación Inicial de Riesgos

Diversas posibilidades según necesidades. Desde el adiestramiento para la realización de una autoevaluación, hasta la realización por consultores expertos. Siempre con criterios, sencillos y fáciles de aplicar.

Planificación de la Actividad Preventiva

Diseño de la Panificación de la Actividad Preventiva. Según la dimensión de la empresa se ofrecen diversas soluciones. Desde una Planificación sencilla para empresas micros, hasta el desarrollo de un Sistema de Gestión de la Prevención, para Pymes y empresas Grandes, basándose en la Normativa UNE 81900 EX, Normativa ISO 9000 de Calidad, y sistemas modernos de Gestión

Implantación

Herramientas de ayuda a la implantación de la Planificación de la Actividad Preventiva

Sistema de Prevención:

1. *Información/Formación*
2. *Asesoramiento puntual y permanente*
3. *Mantenimiento periódico del Plan de la Actividad preventiva*
4. *Tutoría*
5. *Integración en procesos de implantación de otros Sistemas de Gestión participativos, (Grupos de Autoevaluación, Grupos de Mejora).*

Formación / Información

1. *Sesiones sobre la Legislación de Prevención de Riesgos Laborales, los reglamentos de los Servicios de Prevención, Obligaciones, responsabilidades y manera de implantarlas.*

2. *Formación en Prevención de Riesgos Laborales para Delegados de Prevención, Miembros del Comité de Seguridad y Salud.*
3. *Formación en Prevención de Riesgos Laborales para Trabajadores designados.*
4. *Formación en el desarrollo de Planes y Programas de Prevención de Riesgos Laborales.*
5. *Formación en diversos trabajos y riesgos específicos (Movimiento manual de cargas, Productos peligrosos, Soldadura, etc.…).*

Una característica de los Servicios ofrecidos por UTE, es su flexibilidad y su cercanía para adecuarse a las necesidades reales del Cliente. Se ofrece un Servicio de Calidad entendiéndose como tal aquél que proporciona una auténtica ayuda para el Empresario,, es decir a la medida de sus necesidades y recursos.

Otra característica es la búsqueda constante de herramientas prácticas, sencillas de entender y roncar, que puedan ser manejadas por persona+ de la Empresa.

UTE. *entiende que, en el campo de la Prevención, es necesario la participación y la implicación de todos. Se cuida especialmente este aspecto en todos los Servicios, con la dotación personal que además de la experiencia y preparación técnica cuenta con una preparación humana, en el carpo de las relaciones y la comunicación.*

🕮AUSENTISMO LABORAL

Nuestra propuesta se sustenta en alcanzar la máxima rentabilidad del capital humano de su empresa en base a una gestión moderna de los recursos humanos.

CONTROL DEL AUSENTISMO LABORAL

La necesidad de cualquier empresa de resolver los efectos negativos que produce el ausentismo, a nivel social y económico, exige la especialización para lograr paliar este problema.

Llevamos a cabo el estudio del absentismo laboral, el estudio de incapacidades, valoración de la capacidad o invalidez laboral o social, bajas laborales en mutuas, BPS, etc., así como solicitud de pensiones, etc., proporcionando asesoramiento e información médico legal y desarrollando informes médicos para tal fin.

La implantación de medidas de control, la aplicación de la medicina preventiva, la formación de personal y los diferentes estudios ergonómicos que se realicen, serán los

que consigan reducir el nivel de ausentismo y con ello aumentar de nuevo la productividad de la empresa.

UTE es una empresa con un área de servicios médicos especializada en el tratamiento del ausentismo laboral en el área de Medicina de Empresa. Desarrollamos proyectos de salud laboral conjuntamente con las empresas de nuestra organización.

🕮MEDICINA DE SEGUROS

Central y seguimiento médico a domicilio de lesionados en accidente asegurados con pólizas de accidente/enfermedad.

En el área de la Medicina de Seguros, contamos con un amplio servicio que contempla seguimiento exhaustivo y control médico de las lesiones en accidentes, pensando siempre en la problemática que tienen planteadas las compañías de seguros. Consideramos de vital importancia la utilización de la mejor estructura médica, con el fin de clarificar cada uno de los casos y que dispongan de información objetiva para llegar a una solución satisfactoria en todos ellos.

🕮EXAMEN DE EVALUACIÓN DE SALUD

Examen de Evaluación de Salud -Preocupacionales, Periódicos, Egresos y Reintegros, Carnet de Salud.

Comprende: RX Tórax, Electrocardiograma,

Laboratorio: Hemograma, Glucemia, Eritrosedimentación, Uremia, Orina Completa, Examen Clínico Médico General, Examen Clínico Cardiológico, Dictamen y Recomendaciones. Estos exámenes pueden realizarse en planta o en nuestros centros de atención.

🕮Estudios Especiales

Consiste en la realización de estudias adicionales a los ya mencionados en el punto anterior y que surjan de las necesidades de cada empresa de acuerdo a su actividad.

🕮Visita Médica Domiciliaria

Están realizadas por profesionales matriculados idóneos que además evalúan la enfermedad del paciente y efectúan la Asistencia Médica correspondiente a fin de reducir al mínimo la ausencia laboral.

🕮Visita Médica en Consultorio

Las mismas se realizan en los centros de atención, teniendo en cuenta que los mismos son indistintos ya que el registro de Historia Clínica es unificado mediante un sistema informático de última generación.

🕮Asistencia y seguimiento

- *Control médico y seguimiento a domicilio de lesionados o asegurados.*
- *Despacho (semanal…) de nuestra coordinación técnica con sus responsables de siniestros.*
- *Asesoramiento médico en la sucursal donde se tramite el siniestro.*
- *Coordinación de las visitas de los pacientes a especialistas privados, seguimiento de los traumatizados, coste, etc.*

Absoluta disponibilidad de nuestros facultativos para juicios, entrevistas con letrados, forenses, etc.

🕮Accidentología

La Dirección Médica de UTE cuenta con la infraestructura necesaria mediante Especialistas, Estudias Complementaras, Alta Complejidad, Prácticas Especiales de todo tipo, que le permitirá una ágil y eficiente recuperación al paciente, canalizando los costos a través del BSE, BPS y/o Mutual correspondiente.

🕮 Software

El Sistema de Información de Salud Laboral SIS-L es un producto que integra todas las funciones que prestan los Servicios Médicos de una empresa Desarrollo de soluciones informáticas para la gestión de las áreas de la Medicina del Trabajo: Historia Clínica Informatizada, Gestión de Recursos Humanos, SAP-Médico Laboral. En las distintas aplicaciones se pueden consultarlos datos clínicos del trabajador, datos personales, características de su puesto de trabajo, además de emitir informes médicos y volantes.

Estadística

La Empresa afiliada podrá informarse mediante nuestro centro de cómputos de los datos estadísticos sobre Ausentismo, Accidentología, etc. Así como solicitar estudios e informes técnicos médico laborales.

Nuestro sistema de gestión de salud laboral pretende evitar las pérdidas a través de la disminución de horas de trabajo improductivas y los costes superfluos en seguros sociales, aumentando la rentabilidad en la productividad laboral y la motivación del trabajador por el servicio Recibido.



Representación y Titularidad

Las empresas afiliadas a nuestro sistema de Medicina Laboral contaran con representación ante Juntas Medicas, Ministerio de Trabajo, Juzgados Laborales, Peritaje de Partes, etc... Como así tambien el Certificado de Inscripción al Servicio, para ser presentado ante Entes Oficiales

Examen de Evaluación de Salud - Preocupacionales, Periódicos(*), Egresos y Reintegros, Carnet de Salud.

Comprende: RX Tórax, Electrocardiograma, Laboratorio: Hemograma, Glucemia, Eritrosedimentación, Uremia, Orina Completa, Exámen Clínico Médico General, Exámen Clínico Cardiológico, Dictamen y Recomendaciones. (*) Estos exámenes pueden realizarse en planta o en nuestros centros de atención.

Estudios Especiales

Consiste en la realización de estudios adicionales a los ya mencionados en el punto anterior y que surjan de las necesidades de cada empresa de acuerdo a su actividad.

Visita Médica Domiciliaria

Están realizadas por profesionales matriculados idóneos que además evalúan la enfermedad del paciente y efectúan la Asistencia Médica correspondiente a fin de reducir al mínimo la ausencia laboral.

Visita Médica en Consultorio

Las mismas se realizan en los centros de atención, teniendo en cuenta que los mismos son indistintos ya que el registro de Historia Clínica es unificado mediante un sistema informático de última generación.

Accidentología

La Dirección Médica de UTE cuenta con la infraestructura necesaria mediante Especialistas, Estudios Complementarios, Alta Complejidad, Prácticas Especiales de todo tipo, que le permitirá una ágil y eficiente recuperación al paciente, canalizando los costos a través del BSE, BPS y/o Mutual correspondiente.

Estadistica

La Empresa afiliada podrá informarse mediante nuestro centro de cómputos de los datos estadísticos sobre Ausentismo, Accidentología, etc.

Sofware

El Sistema de Información de Salud Laboral SIS-L es un producto que integra todas las funciones que prestan los Servicios Médicos de una empresa Desarrollo de soluciones informáticas para la gestión de las áreas de la Medicina del Trabajo: Historia Clínica Informatizada, Gestión de Recursos Humanos, SAP-Médico Laboral. En las distintas aplicaciones se pueden consultarlos datos clínicos del trabajador, datos personales, características de su puesto de trabajo, además de emitir informes médicos y volantes.

Nuestro sistema de gestión de salud laboral pretende evitar las pérdidas a través de la disminución de horas de trabajo improductivas y los costes superfluos en seguros sociales, aumentando la rentabilidad en la productividad laboral y la motivación del trabajador por el servicio Recibido.

SERVICIO INTEGRAL PARA LA SALUD Y EL MEDIO AMBIENTE

Consultoría de Dirección

Prevención de Riesgos y Salud Laboral

Planes de Seguridad Integrada

Control de gestión

Auditorías del servicio de salud laboral

Optimización y seguimiento de los servicios de:

- asistencia ante el **BSE en Accidentes**
- asistencia de su **Gestoría Laboral**

CONEX
Un estilo de gestión

Impreso describiendo los servicios ofrecidos

3.5 La Mutualización de la Salud Ocupacional

ÍNDICE


Como efecto de la presión de la crisis económica nacional acaecida en el año 2002 resultado del vaciamiento de instituciones bancarias, bajo el pretexto de la reducción del gasto público, se aprobó la Ley N° 17.556 de fecha 19-09-02. La misma en su Artículo 22 dispuso que "El Poder Ejecutivo instruirá a los organismos comprendidos en el artículo 221 de la Constitución de la República para que dispongan la supresión de los servicios médicos, asistenciales y odontológicos propios destinados a

brindar asistencia a sus funcionarios, ex funcionarios y/o familiares de los funcionarios.

Los beneficios referidos serán contratados con las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) y con las instituciones de asistencia odontológica…Una vez dispuesta la instrucción del Poder Ejecutivo, los organismos dispondrán de un plazo de 180 días para contratar la asistencia y declarar la excedencia de los funcionarios médicos y no médicos aplicados directa o indirectamente a la provisión de servicios asistenciales." Lo que fue reglamentado por el Decreto del Poder Ejecutivo N°31/003, de fecha 28-01-03 que en su Artículo 1 expresa: "Instruyese a los organismos comprendidos en el artículo 221 de la Constitución de la República a suprimir los servicios médicos, asistenciales y odontológicos propios destinados a brindar asistencia a sus funcionarios, ex funcionarios y/o familiares de los funcionarios. Los beneficios referidos serán contratados con las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) y con las instituciones de asistencia odontológica." Esta situación estaba dirigida a eliminar la asistencia de salud, prestada directamente por las empresas estatales a sus trabajadores. Pero de hecho el resultado final incluiría la eliminación de los servicios de salud ocupacional propios y su sustitución, por la contratación externa de estas prestaciones y la de atención general a organizaciones privadas.

Esta situación era evidentemente inviable dadas las características y complejidades del sector, conformado por empresas petroleras, de generación eléctrica, telecomunicaciones, etc., de mediano y gran porte a nivel de la región sudamericana. Así, como la ausencia de estructuras y experiencia de la actividad de salud ocupacional privada, centrada fundamentalmente en el comercio y un sector industrial de pequeñas y medianas empresas con participación predominante de la actividad agropecuaria. En consenso con lo manifestado, el parlamento decidió la derogación de lo resuelto por la Ley N°17.693 de 04-10-2003 que expresa en su artículo 1: "Se deroga la supresión de los servicios médicos y asistenciales de los organismos comprendidos en el artículo 221 de la

Constitución de la República, disponiéndose que podrán continuar con la prestación directa de los mismos." Esta situación pese a su breve existencia genero situaciones negativas, como fue la supresión de los Servicios de Salud en el Trabajo del parque de Centrales Hidráulicas, la redistribución del personal médico y la entrega de los locales del mismo en concesión a empresas del Consorcio FEMI.

CAPITULO IV

Un nuevo siglo un nuevo reto

4.1 Salud Ambiental y Ocupacional

ÍNDICE


Conceptualmente, en nuestro caso para el análisis y gestión de la Unidad de Salud Ocupacional, nos basamos en que existe una profunda relación entre la salud laboral y el medioambiente. Fundamentalmente por el seguimiento de una metodología similar y por qué los procedimientos de evaluación de riesgos son análogos en sus objetivos. Así, a partir de los procedimientos de evaluación de riesgos laborales, se pueden identificar los factores de riesgo ambiental y viceversa. En este sentido, tomamos como un antecedente metodológico, el diseñó de la Evaluación del Riesgo ambiental (RA) y la subsecuente Gestión de Riesgos de la EPA (United States Environmental Protection Agency - EPA). La primera, es una herramienta que tiene como objetivo la predicción de los efectos adversos sobre la salud, producidos por la presencia en el medio ambiente de agentes causales de distinta naturaleza, biológica, física o química. En la misma, se obtiene el valor de la probabilidad de la producción de efectos adversos para la salud de las poblaciones humanas, la evaluación de riesgo para la salud humana o para el resto del medio ambiente, la evaluación de riesgo ecológico, como resultado de la exposición a uno o varios agentes causales. La EPA diferenció claramente la evaluación de riesgos de la gestión de riesgos. En esta última, empleo la información generada para la toma de decisiones sobre las acciones a realizar, destinadas a prevenir y proteger la salud y el medio ambiente. Como complemento la Agencia norteamericana para las sustancias tóxicas y el registro de enfermedades (ATSDRE) diseñó la Evaluación de Salud Pública. La que es una herramienta empleada, para evaluar el impacto de salud humano que puede producirse, en sitios listados con índices de contaminación por la

EPA. En este caso, se evalúan los efectos posibles de una instalación existente, y no se trata de un proyecto. Combinando los identificadores de riesgo obtenidos en la gestión de la salud laboral con los obtenidos de la gestión del medio ambiente, tendremos una visión más exacta de la realidad que debemos gestionar.

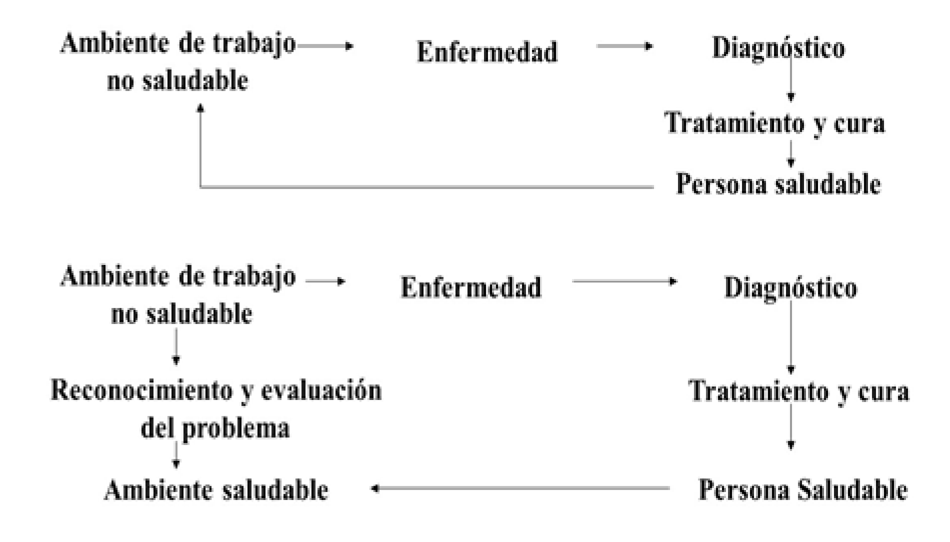
Los conceptos básicos que avalan lo propuesto, parten de una visión holística como la propia Teoría General de Sistemas. Es decir, el observador del medio, el ser humano real, y el operador humano en el mismo, son intrínsecamente la misma persona. En donde el operador humano en el medio, un labriego en la sabána o un operario en una línea de montaje, adquieren su identidad del sin número de relaciones con el entorno al cual pertenecen. En donde nos hallamos frente a un medio, el laboral, que es estructurado en relación a un sentido que genera objetivos. Decíamos en nuestro trabajo la Ecología Medica en la Empresa en 1995, que los seres humanos, vistos desde el ángulo de su salud, se relacionan a través de su puesto de trabajo, cualquiera sea su categoría y jerarquía, con un establecimiento laboral y el medio en el cual este se encuentra inserto. Para Giorlandini esta área estudiaría "la inmediación del trabajador con el lugar de trabajo, su entorno, y la residencia del trabajador; viendo desde otro punto de vista, sus relaciones con el medio ambiente". Haciendo hincapié en las condiciones de trabajo, fundamentalmente la seguridad e higiene y las del medio en el que la empresa se ha instalado. G.A. y A.G. Theodorson la definen como: "el estudio ecológico de la distribución espacial de los trabajadores en una fábrica, oficina comercial, etcétera y del vínculo entre esta distribución y las pautas de las relaciones de trabajo y las relaciones

sociales informales". Debemos tener en cuenta que el enfoque de la relación salud-enfermedad se ha ido modificando últimamente, dando paso a otros modelos que acentúan los factores del ambiente y huésped por sobre el propio agente. Para Trindade los factores huésped son elementos intrínsecos que afectan la susceptibilidad del individuo al agente, mientras que los factores ambientales son entes extrínsecos, que afectan la exposición del huésped al agente.

De este modo ingresamos en una perspectiva multidimensional que se adecúa al enfoque causa múltiple - efecto múltiple de salud y enfermedad. Para Blom, Lalonde y Dever, citados por este autor, los cuatro factores de salud: medioambiente, estilo de vida, biología humana y sistemas de atención de salud, en este caso Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional; se relacionan y se modifican en forma de un circulo envolvente, formado por la población laboral, los sistemas culturales y la organización empresarial, la salud mental, el equilibrio ecológico y los recursos naturales.

Por ello, el impacto ambiental a nivel de la organización se transforma en ***impacto ambiental de salud ocupacional*** en el ambiente laboral.

RELACION AMBIENTE TRABAJO SALUD



CALIDAD DE VIDA

En donde lo podemos definir como: ***cualquier cambio en el medio ambiente laboral, ya sea adverso o beneficioso para el trabajador, que es el resultado de las actividades, productos, servicios y relaciones de los elementos de la organización.***

Las orientaciones más avanzadas en relación a la gestión medioambiental integran en lo posible, no solo a la gestión de la calidad, sino a la seguridad industrial y fundamentalmente a la gestión de la salud ocupacional.

Si recordamos que los sistemas administrativos son sistemas sociales creados, complejos y complicados. Que se caracterizan por la diferenciación de funciones, la formulación y la estructuración deliberadas del medio sicosocial, inserto y emergente del medio laboral y global de la Organización en que actúan. Lo que nos hace reafirmar que un sistema de gestión es un sistema de administración dentro de una organización, el cual puede implementarse conforme criterios diversos. Pero, con características comunes en cuanto a sus pasos y objetivos, con la finalidad única de asegurar una mejora en el cuidado de la seguridad y la salud ocupacional y del medio ambiente en nuestro caso.

Por ello desde el punto de vista de la gestión, los aspectos ambientales se transforman conceptualmente en aspectos del ambiente laboral y se definen como componentes de las actividades, productos y servicios.

Este punto comprende la estrategia para el desarrollo del sistema. Se debería comenzar la implantación por una identificación de los peligros de la organización, entendiendo como tal el proceso de reconocer un peligro generador de un impacto potencial que existe y definir sus características. Entre tales características, hay que destacar la probabilidad y las consecuencias, en el caso de que esa situación ocurriera. La combinación de estos parámetros determina el riesgo.

Siguiendo estos postulados debemos reinterpretar el concepto de riesgo y aplicarlo al proceso de planificación. Existen elementos economicistas en su origen que deben ser tomados en cuenta. En la

antigüedad, al incrementarse el tráfico comercial con las consiguientes pérdidas que podían producirse, surgió como un elemento facilitador el préstamo en bruto, que cubría las mismas en caso de que ocurriesen. A fines de la Edad Media y comienzos del Renacimiento europeos se generan los primeros seguros individuales, los que en el correr del desarrollo de la Revolución Industrial se trasladaran a los nuevos emprendimientos y para nuestro interés, al sector trabajador de los mismos. Con la salvedad de un comienzo difícil por la caracterización precaria del trabajador de la época, que alcanzara su culminación en la segunda mitad del siglo XVIII. Paralelamente, se da un fenómeno, la introducción del cálculo de probabilidades en este siglo, lo que dará lugar al desarrollo de la llamada técnica actuarial, en la fijación de la prima como en el monto del seguro, paso que permite ponderar el riesgo y establecer una relación directa con el daño, a través de la aplicación probabilística. Con este marco, Alemania comienza a generar a partir de 1883 la legislación que reguló los seguros de accidente de trabajo, invalidez y vejez, lo que fue seguido por otros países de Europa, así como lo hizo nuestra República. Se generó de este modo una mayor presión sobre el capital asegurador, el que lo traslado a los Empresarios, que exigieron más precisión y determinación de los riesgos económicos de sus trabajadores asegurados. Todo esto último, llevo a que la noción de riesgo se asociará siempre con un concepto de pérdida y con un fuerte componente económico. Lo que conducirá a introducirla en el análisis de la gestión del trabajador, en la salud y seguridad ocupacional. Pero fundamentalmente en la visión del medio laboral, de las herramientas de análisis y de los objetivos a alcanzar. Por ello, se le impone al profesional la visión de que se enfrenta a un medio que es por naturaleza agresivo para el ser humano. En una relación que se expresa de acuerdo a esta concepción en general por una forma aguda: el accidente, o a través de una acción persistente o inveterada, crónica: la enfermedad profesional. Esto lleva a perder de vista la relación más profunda y real del trabajador con el medio laboral. La interrelación dual hombre-medio desaparece para ser sustituida por un “arquetipo socioeconómico”. Por lo que, la

noción de riesgo solo es válida prácticamente en la medida en que no sea finalista, realizándose el análisis profundo del medio y de sus variables.

Si consideramos que, en la gestión general de cualquier organización, se debe establecer claramente la estructura de cada uno de los sistemas de gestión particulares y subsecuentemente del sistema que los integre. Esto incluye definir claramente la estructura organizativa, como ser procesos a llevar a cabo, procedimientos mediante los cuales se ejecutan las actividades y las tareas, así como establecer los recursos de los cuales se dispone. Por lo tanto, los sistemas de gestión del medio laboral estarán influidos por:

- los objetivos de la organización,
- los procesos que realiza,
- la metodología que emplea para la ejecución de los procesos,
- los resultados que se espera,
- las relaciones que mantiene con todas las partes interesadas,
- la influencia que tiene el medio sicosocial y el físico sobre sus actividades.

A su vez, tal como se ha dicho, toda organización está compuesta por varios subsistemas interdependientes, formulados o no, que se asocian entre sí en un único suprasistema. Pero para ello la organización debe seleccionar un estilo de gestión que le sea útil, para llevar adelante todos los subsistemas que la constituyen. De este modo si bien existen estándares, reglas y demás cada organización es peculiar en su instrumentación, implantación y desarrollo por lo que en última instancia no existen sistemas sino organizaciones.

Las diversas partes del sistema de gestión de una organización deben integrarse en un sistema de gestión único, coherente y unificado que utilice elementos comunes. Esto facilita la planificación, la asignación de recursos, el establecimiento de objetivos complementarios y la evaluación de la eficacia.

La integración es una forma eficaz de ahorrar costos, mejorar la comunicación dentro de la misma empresa y obtener una mayor integración en la estrategia de la misma.

Los procesos industriales y, particularmente, los relacionados a actividades de producción y distribución de energéticos, conducen a asumir riesgos operativos altos producto de muy variadas actividades de diferentes grados de probabilidad de ocurrencia y severidad. Los Sistemas de Gestión Integrados, fundamentados en normas Internacionales universalmente reconocidas y aceptadas, proporcionan una verdadera opción para instrumentar un excelente control de todas esas actividades e inclusive la posibilidad de ejecutar las correcciones necesarias, para encauzar cualquier desviación que pudiera ocurrir. La transformación de una **Cultura Reactiva** en una eminentemente **Preventiva** es totalmente posible y los Sistemas de Gestión Integrada son el factor clave del éxito.[62]

4.2 La generación de propuestas de reestructura organizacional

ÍNDICE 

Por ello, basados en los fundamentos descriptos y en la capacitación y experiencia proporcionada por los institutos de normalización (UNIT, e ISO), decidimos difundir, promocionar e implantar aun en formas reducidas y parciales los Sistemas de Integración de Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional en la Organización. De este modo, se presentaron una serie de propuestas a la Dirección de la Empresa, considerando que es estratégico su compromiso en el proceso de cambio, que transcribimos. Las que generaron, con otras acciones, cambios que orientaron la progresiva adopción, por la cultura de la

[62] Tor, Dámaso. Sistema Integrado de Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional. Publicación electrónica OPS/OMS. 2001. En www.bvsde.paho.org/bvsast/fulltext/gestion.pdf

misma, de estos principios y pueden servir de ejemplo en situaciones similares.

“Montevideo 24 de junio de 2002
Sr. Presidente de UTE
Esc. Ricardo C. Scaglia.

Presente:

Me dirijo a usted amparado en el derecho constitucional de petición solicitándole someta a consideración del Directorio de UTE los siguientes argumentos:

Dentro de la Empresa, los sistemas de gestión han servido para establecer las reglas de funcionamiento dentro de una determinada actividad, estableciendo las políticas básicas, las responsabilidades y los procedimientos. Se ha hablado y trabajado bastante en los últimos años en los sistemas de gestión de la Calidad, en los que UTE ha alcanzado niveles de certificación. Pero recientemente se encuentran frente al decisor también otros dos sistemas: los sistemas de gestión medioambiental y los de prevención de riesgos (también llamado de seguridad y salud ocupacional).

El objetivo de los distintos sistemas de gestión es tratar los riesgos que conlleva la actividad de la Empresa para minimizar y controlar su impacto.

El sistema de gestión de la calidad busca minimizar el riesgo de perder clientes y resultados del negocio, asegurando la calidad mediante la prevención y corrección de errores.

La gestión medioambiental pretende reducir los riesgos de producción de impactos dañinos en el medio ambiente y otros efectos secundarios, como las multas por incumplimiento de legislación medioambiental.

Los sistemas de prevención de riesgos laborales buscan reducir o evitar los daños físicos y/o síquicos que culminan en las enfermedades profesionales de los empleados.

Como cualquier proceso empresarial, el funcionamiento de cada uno de estos sistemas genera costos, que es conveniente reducir al máximo, aumentando la eficiencia en la gestión.

Cada vez se hace más necesario la implantación de sistemas de gestión de todos estos riesgos. La competitividad hace que un sistema de gestión de la calidad ya no sea suficiente. Sin embargo, los sistemas de gestión no deben tener estructuras separadas porque se incrementa la burocracia, se consumen mayores recursos (principalmente de personal) y se genera confusión entre los empleados, Una gestión independiente puede llevar a la fijación de objetivos y métodos de trabajo contrapuestos.

La integración de los sistemas es la respuesta más eficiente a la necesidad de gestión de los tres tipos de riesgos y permite:

- Alineamiento de las diversas políticas y objetivos de la empresa.
- Armonización de los diferentes sistemas de gestión.
- Simplificación de la estructura documental del sistema.
- Menor esfuerzo global de formación del personal.
- Integración de la información y control de gestión.
- Reducción del tiempo y coste de mantenimiento del sistema.
- Racionabilidad de las diferentes tareas en un único puesto de trabajo.
- Disminuir la burocracia y la repetición de tareas.
- Obtener una visión global de la Empresa.
- Facilitar el control y la respuesta rápida ante incidentes.
- Facilitar la ejecución de tareas por parte de los trabajadores, que no tienen que atender a las indicaciones de dos sistemas separados.
- Por si misma y del conjunto de las anteriores la Disminución de los costos de gestión e incremento de la Eficiencia.

Pero no estaremos hablando realmente de un Sistema de Gestión Integrado hasta que no consigamos sistematizar todos los procesos claves y relevantes que intervienen en la Empresa.

La salud y seguridad del recurso humano de todo el emprendimiento y su sistematización es un factor clave a la hora del cumplimiento de la legislación vigente, así como la no existencia de conflictos en un marco de adecuadas relaciones laborales. Pero, fundamentalmente la correcta gestión del medioambiente laboral en salud y seguridad ocupacional, determina el aumento de la eficiencia y el incremento de la productividad. Paralelamente por razones obvias, los organismos estandarizadores y subsecuentemente las empresas líderes siguen una tendencia marcada hacia la integración de la Gestión de Seguridad y Salud con la Gestión Ambiental.

En toda organización moderna la integración de factores medioambientales en la producción, sin que ello suponga un impacto económico en la gestión ni social negativo, es la base de la Política Integrada de Producto. Es posible crecer y modernizarse siendo respetuosos con el entorno, tanto en el campo de la Administración Pública como Privada.

La gestión medioambiental es un elemento dinamizador de los procesos económicos y seguirá siéndolo, a pesar de los momentos de incertidumbre que estamos viviendo. El logro de una rentabilidad medioambiental, cobra una importancia aún mayor en un momento como el actual, en donde la importante respuesta de la administración pública, que también está siendo pionera en gestión medioambiental, es estratégica.

En resumen, la toma de decisiones ha de ser coherente, integrada e instrumentada respecto a temas medioambientales y de seguridad y salud laboral.

Si consideramos los fines básicos del Estado: Seguridad, Salud, Medioambiente, a lo que le asociamos la necesaria inversión estatal de riesgo en sectores estratégicos, que la actividad privada no puede generar en los países en desarrollo, la Empresa Estatal desempeña en este caso un papel de importancia social que va más allá de sus propios objetivos.

Este papel se materializa al invertir en investigación, desarrollo e instrumentación de estas áreas, posibilitando una posterior transferencia tecnológica al sector privado a bajo costo, una conducta imitativa en la eficiencia de las reglas de juego en el mercado y finalmente una conducta del cumplimiento de la normativa generada.

A los argumentos antes expuestos a los efectos de priorizar estas acciones se suma un hecho claro, mientras que por ejemplo la gestión de calidad es una opción propia de las empresas, la correcta gestión en seguridad y medioambiente es impuesta por la normativa y/o por el contexto social. Una mala gestión puede determinar la sanción, el cierre temporáneo o definitivo y el conflicto social, hecho de alta relevancia en el caso de una empresa estatal.

De lo antes expuestos proponemos:

1. Considerando que la declaración de la política a seguir en materia medioambiental y de prevención representa el compromiso de la empresa con el medio ambiente, la seguridad y la salud, conteniendo las prioridades fundamentales que definen la estrategia empresarial, las metas primordiales establecidas en función de estos objetivos, los instrumentos de que se dota a la Empresa para conseguirlos y la importancia del Manual en esa política. La declaración de una política medioambiental y de prevención podría estar redactada en los siguientes términos:

- La Empresa, siguiendo una política de aseguramiento de la calidad en todas las áreas de gestión empresarial y, consciente de la necesidad de seguir avanzando en el camino de la mejora continua de su actuación medioambiental y de la seguridad y la salud ocupacional, ha decidido establecer un Sistema Integrado de Gestión Ambiental y de Seguridad y la Salud Laborales. Dirigido a asegurar que los efectos medioambientales y de la seguridad y la salud de sus actividades sean acordes con los compromisos que se asumen en el presente documento.

- Implantar de forma efectiva dicho SIGASSO, haciendo que los principios y compromisos de la presente política medioambiental y de la seguridad y la salud laborales sean conocidos, comprendidos, desarrollados y mantenidos al día en todos los niveles de la Organización.
- Asegurar que todas sus actividades, productos y servicios se desarrollen en el marco establecido por la presente política.
- Prevenir o al menos minimizar los efectos medioambientales perjudiciales de sus actividades, productos y servicios, así como los riesgos laborales antes de que surjan efectos no deseados y
- Avanzar en el conocimiento de los efectos medioambientales y de los riesgos laborales de la organización como herramienta para su prevención o minimización.

2. Asimismo, se impartirán instrucciones para que cada mando proporcione a sus supervisados, el entrenamiento idóneo que asegure que están preparados para el desempeño de su puesto de trabajo, cumpliendo los procedimientos e instrucciones marcados por las políticas medioambientales y de seguridad y la salud ocupacional.

3. Se designará un representante de la Dirección de la Empresa para el desarrollo, implantación y desempeño del Sistema Integrado de Gestión. Que presidirá el Comité de Coordinación y

Control integrado por los jerarcas de las unidades de Gestión Ambiental, Seguridad y Medicina Laboral. Las que pasarán a depender funcionalmente del mismo en la órbita de la Gerencia General de la Empresa (Tipo Gerencia del Área de Gestión Medioambiental, Salud y Seguridad; ATISAE, España).

4. Se establece un cronograma de fases para la implantación del Sistema Integrado de Gestión en la organización que comprenderá, independientemente de la metodología particular a aplicar, las siguientes:

- fase de diagnóstico
- fase de lanzamiento
- fase de implantación
- fase de operación
- fase de evaluación.

5. Si se desea certificar el sistema, se efectuará la solicitud correspondiente ante el organismo competente, para que éste realice un diagnóstico, una preauditoría o el tipo de visita preliminar que se considere oportuno por parte de la organización y que esté incluido en los procedimientos del organismo certificador.

En resumen:

Se propone la implantación de un Sistema Integrado de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud Ocupacional. Lo que implica cambios significativos en la forma operativa, en la mentalidad y, en definitiva, en la cultura de la Organización.

El costo debe discriminarse en "90% de saliva y 10 % de inversión real".

Por lo tanto, el representante de la Dirección, que ha de llevar adelante el programa de implantación del Sistema de Gestión, debe actuar corno un verdadero agente de cambio. Se recomienda que

dicho representante de la dirección sea responsable de la ejecución del programa.

Se sugiere designar un comité guía encabezado por dicho líder del programa, el cual estará integrado con los ejecutivos, jefes o encargados de todas las funciones de la organización relacionadas.

El comité guía debe contar con un apoyo logístico apropiado para cumplir con los objetivos, según la forma planificada y en los plazos establecidos.

El comité guía debe reunirse en forma periódica para efectuar la revisión del grado de avance de cada uno de los proyectos, resolver los problemas que pudieron haber surgido y fijar nuevos objetivos para las diversas tareas a ejecutar e informar a la Dirección.

Cada proyecto constitutivo del programa podrá tener, a su vez, un equipo de trabajo constituido por un líder del proyecto y un representante de cada una de las funciones involucradas en el citado proyecto. Dicho representante debe ser seleccionado de modo que sea una persona con conocimiento de su sector o departamento y debe estar entusiasmado con la idea de implantar el Sistema Integrado de Gestión en la Empresa.

Los diversos equipos de trabajo deben, también, contar con un apoyo logístico que le permita cumplir con sus objetivos en forma eficiente, en ciertos casos el comité guía puede ser la base de los equipos de trabajo.

A los efectos informativos del cuerpo que preside se adjunta copia de la Monografía "Integración de Sistemas de Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional" Tor, Damaso. Libro electrónico publicado por la OPS/OMS. www.bvsde.paho.org/bvsast/fulltext/gestion.pdf), desarrollado con motivo del curso de Especialista en Gestión Ambiental. Así

como el trabajo “La Ecología Médica en la Empresa”[63] , para el que tomé como modelo de aplicación a UTE.”

Resolución de la Dirección-R 05.-222

VISTO el expediente Nº 500004560108102, en el cual el Dr. Dámaso TOR propone la creación en la órbita de la Gerencia General de una Unidad de Gestión Medioambiental, Salud y Seguridad, encargada de la implantación de un Sistema Integrado de Gestión Ambiental y Seguridad y Salud Ocupacional y solicita la reasignación de funciones dentro de la Administración; y---

RESULTANDO: I) que en dicha propuesta se sugiere la conformación de un comité guía encabezado por el líder del programa e integrado con los ejecutivos, jefes o encargados de todas las funciones de la organización relacionadas; --------------------------

II) que asimismo se sugiere la conformación de equipos de trabajo integrados por un líder y un representante de cada una de las funciones involucradas para cada uno de los proyectos en que se organice el programa; --

III) que las unidades involucradas dentro de U.T.E oportunamente informaron sobre el tema en cuestión;

IV) que por el numeral 1º de la R 03.-413 de 13-03-03 se dispone no hacer lugar a la petición formulada por el Dr. Dámaso TOR; ---

V) que por numeral 3° de la R 03.-413 se requiere a las Subgerencias Medicina Laboral y Gestión Ambiental a efectos que

---

[63] Tor, Damaso. La ecología medica en la empresa. Biblioteca Ambiental Básica. Editorial Ideas. 1997.ISBN9974627168,9789974627161. 139 pág.

informen respecto a la propuesta del referido funcionario; ---------
----

VI) que con fecha 27 de octubre de 2003, el Dr. TOR envía correo electrónico dirigido al Sr. Presidente Esc. Ricardo Scaglia, con copia a los restantes Directores, agregando información sobre algunas actividades realizadas en el 2003, expresando

"... consideramos de singular importancia el que ese alto cuerpo que Ud. preside adopte una resolución favorable que, dentro del proceso de mejora continua, marque el comienzo ya no sectorial sino de toda la organización de una nueva visión hacia la integración de los sistemas de

gestión ..."; ---

VII) que la Subgerencia Medicina Laboral informa que desde la década de los noventa se ha venido desarrollando en UTE la implantación de Sistemas de Gestión de la Calidad, Ambiental y de Seguridad y Salud

...//

//... -2-

R 05.-222 15-02-05

Ocupacional, con diferente grado de desarrollo a la fecha en las distintas áreas, y que en el caso de la norma UNIT-ISO 18000 se han logrado importantes avances en Distribución, Comercial e Hidráulica, por lo que manifiesta que lo que propone el Dr. TOR ya se está desarrollando en UTE por las unidades especializadas; -
----

VIII) que la Gerencia Recursos Humanos expresa que desde 1999, a través de distintas unidades específicas, U.T.E. ha implantado Sistemas de Gestión llegándose en los casos más avanzados a la integración de los mismos, encontrándose varios de

estos Sistemas en proceso de certificación; y puntualiza que la responsabilidad de asesorar en cómo debe funcionar la organización de la Administración se encuentra en la órbita del Área Planificación y Secretaría Técnica;--

IX) que la Gerencia Planificación de Inversiones y Medio Ambiente, conjuntamente con la Gerencia Organización y Estudios Empresariales, informan:

a) en la agrupación funcional vigente, los aspectos de calidad, seguridad e higiene en el trabajo y medio ambiente ya son considerados como parte de la gestión empresarial de U.T.E., siendo dicha agrupación funcional la resultante de considerar el grado de madurez de la organización y de sus integrantes, las características del entorno, los costos de implantación y los resultados a alcanzar asociados a los objetivos definidos; concluye que los sistemas de gestión son una herramienta y no un fin en sí mismos, cuya función es el seguimiento y control de todos los procesos y la propensión a la mejora continua;---

b) que la modalidad de gestión que viene desarrollando U.T.E. a través de las unidades responsables de asesorar y proponer directrices en materia de calidad, medio ambiente y seguridad y salud ocupacional, jerárquicamente independientes pero que actúan en forma coordinada cuando corresponde, ha permitido que distintas unidades de la Administración obtuvieran reconocimientos en el Premio Nacional de Calidad, Premio Nacional de Medio Ambiente, Certificación ISO 9001 (Sistema de Gestión de la

Calidad), Certificación ISO 17025 (Calidad en Laboratorio) y Certificación ISO 14001 (Sistema de

...//

//...   -3-

R 05.-222   15-02-05

Gestión Ambiental) e, incluso, se esté desarrollando la implantación de Sistemas de Gestión Integrados de Calidad, Medio Ambiente y Seguridad y Salud Ocupacional; -

X) que la Gerencia Asesoría Legal y Notarial expresa que existen en la Administración unidades a las cuales el Directorio ha atribuido determinadas competencias y responsabilidades a través de órganos específicos y que los lineamientos propuestos por el Dr. TOR se encuentran ya contemplados en las acciones emprendidas por UTE, a través de las cuales se cumple con las pautas y objetivos dictados por el Directorio, --

EL DIRECTORIO DE U.T.E. RESUELVE: --

Darse por enterado. --

Archívese estas actuaciones. ---

RE022205

Posteriormente, frente a la asunción de nuevas autoridades de la Dirección de la Empresa, se presenta documentación ampliatoria relacionada sobre las iniciativas propuestas.

"1 de octubre de 2007
Sr. Presidente de UTE
Ing. Beno Ruchansky
Presente:

En el ámbito de la Empresa y a nivel Nacional se ha comenzado una acción que tiene como objetivo central a la Reforma del

Estado en el marco del Uruguay productivo. En el mismo se establece que los objetivos serán procurar un Estado activo en la promoción del desarrollo económico social nacional; amigable, sensible a las necesidades de la ciudadanía; comprometido con el logro de las metas del plan de gobierno y con la eficiencia en el uso de los recursos que la población aporta; y orientado a la transparencia, a la participación de los ciudadanos y a la permanente búsqueda de más democracia.

En este ámbito la modernización de la gestión pública y la reestructura organizativa de sus organismos desempeñan un papel de suma importancia, haciéndolos más transparentes a la ciudadanía, habilitando el control social de su cumplimiento.

En este sentido en los años 2000, 2002, 2004 y 2005 he presentado iniciativas destinadas a la reforma de los sistemas de gestión de la salud ocupacional y del medioambiente en la Empresa, orientados hacia un desarrollo sustentable, basados en mi experiencia de más de 30 años en la materia, así como en la colaboración en el desarrollo de los Sistemas Integrados en LATU Sistemas (2003) y mi docencia en UNIT; sumado a la publicación de distintos trabajos que he presentado al Sr. Presidente (La Ecología Medica en La Empresa, Sistemas Integrados de Gestión Ambiental- Salud y Seguridad).

En el carácter de ciudadano me presento ante usted a los efectos de solicitarle someta a consideración del alto cuerpo que usted preside las consideraciones y propuestas del documento adjunto, así como sus anexos ilustrativos, sin otro particular y de mismas alta consideración lo saluda atte."

Dándose en el año 2008 el primer paso efectivo por la Organización hacia el desarrollo del modelo de Sistema Integrado de Gestión.

"En el marco de la creación en el 2007 de la nueva Gerencia de Generación, durante los días 8 y 11 de octubre de 2008 se realizó una

auditoría de gestión por parte LSQA-LATU Sistemas SA y Quality Austria – OQS.

En esta instancia se unificaron los Sistemas de Gestión de Generación Térmica e Hidráulica, estando ahora certificado el Sistema de Gestión Integrado de Generación, que incluye lo relativo a Calidad, Medio Ambiente, y Seguridad y Salud Ocupacional. ***Es de destacar que por primera vez en UTE y en la Administración Pública, una unidad además de recertificar bajo las normas ISO 9001:2000 e ISO 14001:2004, sin exclusiones, certificó su Sistema de Seguridad y Salud Ocupacional según norma OHSAS 18001:2007, con el alcance de Generación Hidráulica.***[64] *Se resalta el trabajo realizado para la unificación de los sistemas de gestión de Generación Térmica y Generación Hidráulica en un único sistema de gestión, que de ahora en más será el Sistema Integrado de Gestión de la Gerencia Generación, gestionando en forma integrada la calidad, la gestión ambiental y la seguridad y salud ocupacional."* [65]

En esta línea desarrollamos a nivel de la Unidad, como herramienta para el trabajo de elaboración interna y propuesta, los lineamientos de Misión, Visión y Competencias.

UNIDAD DE SALUD AMBIENTAL Y OCUPACIONAL UTE (Medicina Laboral)

MISIÓN, VISIÓN Y COMPETENCIAS

Nuestra Misión:

Desarrollar acciones desde la Empresa para el logro de un ambiente saludable, hacia un modelo de desarrollo sustentable que brinde óptima calidad de vida al trabajador de UTE y a la comunidad.

---

[64] El resaltado en negrita es modificación del autor

[65] Memoria anual 2008. Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas.

Nuestra Visión:

Constituirnos en área de referencia de la Empresa en los aspectos de salud ambiental y ocupacional.

Competencias:

- **Identificar, analizar, prevenir y controlar** los factores y situaciones de riesgo ambiental y ocupacional que afecten la salud del trabajador y de la población relacionada.
- **Planificar, proponer y ejecutar** las políticas, normativas e intervenciones en materia de salud ambiental y ocupacional.
- **Implementar, desarrollar y administrar** un sistema de vigilancia en salud ambiental y ocupacional.
- **Planificar y Controlar** las acciones correctivas apropiadas y oportunas que deban tomarse a fin de salvaguardar la salud y la calidad de vida del trabajador y de la población relacionada.
- **Planificar, implantar y controlar** los programas de intervención en instalaciones, plantas o procesos orientados a favorecer la presencia de condiciones de medio ambiente y trabajo saludable.
- **Promover** el desarrollo de la salud ambiental y ocupacional como parte de los objetivos del negocio y su incorporación al Sistema de Gestión.

4.3 La reorganización de la Unidad de Salud Ocupacional

ÍNDICE


En el año 2002 se comienza a realizar la revisión de los procesos de la Unidad de Salud Ocupacional, encomendándome con la colaboración de la Dra. Rosa Palacios y la Cra. Verónica Pigñataro el diseño del proceso de Junta Médica[66]. Pero decididamente en el año 2005 se revaluó la situación de la Unidad de Salud Ocupacional en la Empresa. En base a

[66] Ver anexo 1.

esta documentación el Dr. Daniel Camarano, con el cual colaboramos, ideó y diseñó el nuevo Plan de Salud Ocupacional que sería la base para el posterior desarrollo de la gestión del mismo. Se subdividieron los sectores de acción en:

1. Promoción de salud.
2. Adaptación física y mental del trabajador.
3. Asistencia médica.
4. Certificaciones y juntas médicas.
5. Información de gestión.
6. Gestión de documentación corporativa.

Transcribimos una versión de este Plan detallado.

SUB-GCIA. MEDICINA LABORAL - HUM
PL-HUM-RH-0001/00

PLAN DE SALUD OCUPACIONAL - AÑO 2005

DESCRIPCION	ESTÁNDAR	RESPONSABLE	SUPLENTE
1. PROMOCIÓN DE SALUD	**525 ACCIONES**	**TOR, Dámaso**	**REZENDES, Antonio**
1.1. Actividades de Promoción de Salud en Montevideo.	63 ACC. (9 x mes)	CAMACHO, Ema	RODRIGUEZ, Alexandra
1.2. Actividades de Promoción de salud en el interior.	28 ACC. (4 x mes)	CAMACHO, Ema	RODRIGUEZ, Alexandra
1.3. Policlínicas de Asesoramiento.	420 ACC. (60 x mes)	REZENDES, Antonio	PALACIOS, Rosa
1.4 Promoción y formación en Salud Ocupacional de personal Gerencial	6 ACC. (1 x mes)	CAMACHO, Ema	PALACIOS, Rosa
1.4. Publicitar temas de Salud vía Intranet.	14 ACC. (2 x mes)	BRUZZONE, Silvia	REZENDES, Antonio
2. ADAPTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DEL TRABAJADOR	**8414 ACCIONES**	**TOR, Dámaso**	**REZENDES, Antonio**
2.1. Realización de exámenes ocupacionales.	1400 ACC. (200 x mes)	REZENDES, Antonio	CAMACHO, Ema
2.2 Elaboración de protocolos de exámenes por puesto de trabajo.	14 ACC. (2 x mes)	LARROSA, Cristina	DOMINGUEZ, Gerardo

2.3. Investigación de accidentes grabes o a requerimiento, seguimiento y coordinación de accidentados ante BSE	30ACC.(5xmes)	LARROSA, Cristina	PALACIOS, Rosa
2.4. Carné de salud. Realización o verificación y control.	7000 ACC. (1000 x mes)	BRUZZONE, Silvia	RODRIGUEZ, Alexandra
3. ASISTENCIA MÉDICA	**149 ACCIONES**	**TOR, Dámaso**	**CAMACHO, Ema**
3.1. Verificación de afiliaciones en Interior.	7 ACC. (1 x mes)	RUSSI, Gabriel	BRUZZONE, Silvia
3.2. Verificación de afiliaciones en Montevideo.	2 ACC. (1c/3meses)	BRUZZONE, Silvia	RUSSI, Gabriel
3.3. Auditoría médicas en el Interior por Localidad.	140 ACC. (20 x mes)	LARROSA, Cristina	DOMINGUEZ, Gerardo
4. CERTIFICACIONES Y JUNTAS MÉDICAS	**147ACCIONES**	**TOR, Dámaso**	**DI LANDRO, Jorge**
4.1. Realizar el 80% de las certificaciones de licencia por enfermedad dentro de las 24 horas.	7 ACC. (1 x mes)	LECOT, Carlos	DI LANDRO, Jorge
4.2. Seguimiento de personal de Montevideo con licencia médica.	70 ACC. (10 x mes)	DI LANDRO, Jorge	LARROSA, Cristina
4.3. Realizar Juntas Médicas en plazos menores a 20 días.	70 ACC. (10 x mes)	DI LANDRO, Jorge	DOMINGUEZ, Gerardo
5. INFORMACIÓN DE GESTIÓN	**18 ACCIONES**	**TOR, Dámaso**	**REZENDEZ, Antonio**
5.1. Difusión del Plan.	1 ACCIÓN	TOR, Dámaso	REZENDEZ, Antonio
5.2. Crear Plan de informes de gestión.	1 ACCIÓN	BRUZZONE, Silvia	REZENDEZ, Antonio
5.3. Emisión de información.	6 ACC. (1 x mes)	BRUZZONE, Silvia	CAMACHO, Ema
5.4. Reuniones de evaluación de gestión.	3 ACCIONES	TOR, Dámaso	REZENDEZ, Antonio
5.5. Actualizar la página de Intranet.	7 ACC. (1 x mes)	BRUZZONE, Silvia	RUSSI, Gabriel
6. GESTIÓN DE DOCUMENTACIÓN CORPORATIVA	**14 ACCIONES**	**CAMARANO, Daniel**	**TOR, Dámaso**
6.1. Recabar información para la gestión de expedientes en plazos menores a 4 días.0.	7 ACC. (1 x mes)	PUCHIELLI, Giovanni	DOMINGUEZ, Gerardo
6.2. Decretar los Expedientes en plazos menores a 7 días.	7 ACC. (1 x mes)	CAMARANO, Daniel	TOR, Dámaso

Paralelamente, posteriormente la estructura gerencial reasigno la dependencia de la Unidad al sector con las funciones de selección, formación y contralor de los funcionarios, Gerencia de Desarrollo, constituida en la Gerencia de Recursos Humanos. Comunicándome verbalmente el 26 de enero de 2006, como responsable en el momento, que la estructura gerencial realizaría la gestión directa de las acciones del Servicio de Salud Ocupacional de la Empresa, lo que no fue compartido y sustentado técnicamente. Reiterándose la situación que se produjo a principios de la década del 50 del siglo pasado, de disputa y sujeción con el antiguo Departamento de Personal, como lo hemos descripto anteriormente. A partir de ese acto, para controlar las decisiones que se adoptaban en la Unidad, se adoptó como método la centralización del proceso de desempeño laboral de la misma. La Gerencia asumió la potestad de reunir todo el conocimiento posible, que anteriormente era capacidad discrecional de los profesionales en ejercicio de su función, ordenándolo, clasificándolo y normalizándolo. De hecho, se trató de realizar la disociación del proceso de trabajo de las habilidades de los técnicos.

Paralelamente, el trabajo intelectual de generación de probables resultados estratégicos para la estructura de gestión de la Organización, es desplazado de la Unidad a la Gerencia o los sectores administrativos de la misma. Lo que implicó que todo el conocimiento estratégico generado por el Servicio de Salud Ocupacional fuera desarrollado por la Gerencia. Quedando los profesionales de este Servicio en la posición de desempeñar generalmente funciones operativas de ejecución y el sector administrativo del mismo prácticamente anulado. Se aplicó, lo más ampliamente posible, la separación entre las operaciones de concepción a cargo de la Gerencia y las operaciones de ejecución, responsabilidad de la Unidad y sus profesionales.

La Gerencia utilizó estas herramientas para controlar cada fase de los procesos de trabajo, de acuerdo a sus prioridades y las del cuerpo gerencial. Nos encontrábamos de hecho nuevamente frente a una concepción tayloriana, arropada en la cultura de la calidad y la "gestión

humanista”, donde está presente el antiguo mecanicismo del siglo XIX en pleno siglo XXI, la visión instrumental tradicional de la administración en Latinoamérica omnipresente. Si todo esto se hubiera logrado, se habría generado una degradación de los Servicios de Salud Ocupacional de la Empresa y de las capacidades técnicas del plantel de los profesionales relacionados. El conflicto que se dio no puede ser excluido o negado como en este caso, es un ingrediente indispensable y natural de la gestión, pues el administrador está permanentemente inmerso en él y lo debe gestionar, tanto para fines personales como organizacionales.

4.4 El desarrollo de una nueva Visión

ÍNDICE 

Habiendo sido designado, el 9 de noviembre de 2006, por la Dirección como Director Técnico del Servicio Médico[67], lo que representaría una aparente contradicción por nuestra posición. Es, desde nuestro punto de vista, una actitud que es asumida en ciertas circunstancias por las direcciones de las corporaciones de volumen, cuando se requiere la implementación de cambios de las estructuras. Evitando que las generaciones de las subsecuentes resistencias no las impliquen en un primer acto.

Primariamente el aspecto más importante de los líderes es crear culturas en la Organización. Por ello lo que nos propusimos fue el generar una nueva cultura, siguiendo el proceso socrático de la mayéutica, participar como agente facilitador de su alumbramiento.

Con estas pautas y en un escenario que determinaba la compartimentación y el aislamiento, con el riesgo de perder la identidad, se adoptó como objetivo esencial y básico el desarrollo del proceso de

[67] R 06.-1790

integración en forma dual. De manera que, en un primer plano, las acciones procesos y productos de la Unidad se vincularon con las acciones, procesos y productos de la Organización, en forma directa sin intermediarios y horizontalmente. Lo que causó fricciones con las estructuras, lo que era esperado. Pero fue superado al adoptar tácitamente, la Dirección de la Empresa, el bien de la protección de la salud y la seguridad de los integrantes como un valor primordial de la Organización. La que corporalmente, a su vez, percibió esta relación como un sistema interdependiente altamente dinámico, que tenía un impacto directo en los resultados de la misma. En un segundo plano, a nivel externo de la Empresa se desarrollaron acciones de coordinación interinstitucional, Responsabilidad Social y Acción Comunitaria, que se complementaron con la vinculación a actividades y organizaciones académicas.

La memoria anual que se elaboró oportunamente sobre los resultados obtenidos, es ilustrativa de las características y situaciones adoptadas, por lo que la detallamos:

PLAN DE SALUD OCUPACIONAL - AÑO 2006 – RESUMEN EJECUTIVO.

1. ADAPTACIÓN FÍSICA Y MENTAL DEL TRABAJADOR

1.1. Acciones Globales

*Entre el 1 de enero del 2006 y el 31 de diciembre del 2006 se efectuaron **2307** exámenes ocupacionales con emisión del juicio de aptitud de funcionarios, tanto de Montevideo como del Interior correspondientes al periodo.*

*A esto se sumaron citas no registradas por el sistema SAP, solicitudes por CONEX y concurrencias a evaluación por objeciones psicofísicas. Las que determinaron el retorno de la persona en el mismo año previo a su definitiva habilitación. Todo lo que da un total de **3392 funcionarios examinados.***

*En forma comparativa los funcionarios que concurrieron en el periodo considerado del **1/1/04** al **31/12/06**, se discriminan en **1750** para el año **2004** y **2890** para el año **2005** y **3392** en el año **2006**.*

Se efectuaron exámenes ocupacionales en los lugares de trabajo, concurriendo al Parque de Vacaciones UTE-ANTEL, Represa Gabriel Terra y Planta Forestal, Represa Constitución (Palmar).

1.2. Salud Mental

*Se realizaron **2893** Chequeos por psicólogos de la unidad, complementados con el seguimiento respectivo. Estos se efectuaron con la finalidad de apoyo, continentación, orientación, intervención de corte terapéutico, La finalidad fue mejorar su salud psíquica que abarca lo laboral, familiar y social, para una mejor calidad de vida, así como mejor desempeño en la Empresa. -*

Los seguimientos surgen por dificultades detectadas en los chequeos, a pedido de la Dirección o de la línea, consultas puntuales derivadas por los médicos certificadores y médicos auditores del Interior. Con un promedio de dos seguimientos por día de apoyo y continentación psicológica a funcionarios con patologías varias (alcoholismo, depresión, trastornos diversos de personalidad).

1.3. Salud Odontológica

*En el ejercicio del año 2006 se realizaron los estudios clínico-odontológicos, que son fundamentalmente preventivos, de los **2893** exámenes ocupacionales efectuados en la Unidad. Consistentes en la valoración del estado de salud bucal de los funcionarios, donde se constató las diferentes patologías bucales, se los asesoro y oriento sobre los posibles tratamientos a realizar, sobre la higiene bucal e informo de su estado de salud bucal y orientación sobre los posibles tratamientos a realizar*

1.4. Coordinación interinstitucional

Convocados por el MSP, se continuó concurriendo a reuniones con el conjunto de empresas públicas y otros organismos como Facultad de Odontología, Ministerios, etc. Estas reuniones apuntaron a la participación y

colaboración de los diferentes organismos para abordar el tema de salud bucal, considerado por la Administración del Estado como uno de los temas prioritarios en materia de salud. En las reuniones, se participó en el relevamiento de los recursos humanos y de infraestructura de cada organismo estatal, realizándose una memoria descriptiva de las tareas en ejecución.

1.5. Responsabilidad Social y Acción Comunitaria

Se participó activamente en:

1. *La "Semana de la Salud Bucal" (segunda semana de octubre de cada año según decreto de Presidencia de la República). A nivel interno se efectuaron charlas y distribución de folletería del MSP a los funcionarios, se exhibió un video educativo en las Oficinas Comerciales de Montevideo dirigido al público en general.*
2. *La "Semana de la Salud Cardiovascular" (segunda semana de setiembre), se filmó y exhibió un video educativo, publicándose un artículo diario en Intranet en el transcurso de la misma.*

2. PROMOCIÓN DE SALUD

2.1. Policlínicas de Asesoramiento Específico

Se instrumentaron policlínicas de asesoramiento orientadas a:

1. *Prevención de riesgo cardiovascular.*
2. *Prevención de sobrepeso y obesidad.*
3. *Prevención de tabaquismo.*
4. *Prevención de alcoholismo.*
5. *Prevención de afecciones dermatológicas.*
6. *Prevención de drogo-dependencias.*
7. *Prevención de enfermedades de transmisión sexual.*
8. *Prevención de diabetes.*
9. *Prevención de depresión y ansiedad.*

*En el ejercicio presente en estas policlínicas se han atendido un total de **974 consultas***

2.2. Policlínica General y Odontológica

Se recibieron ***4467 consultas de atención primaria.*** *En los casos que se estimó necesario se efectuaron las derivaciones a los centros asistenciales correspondientes.*

3. ACCIONES ESPECÍFICAS Y PROGRAMAS

3.1. Toxicomanías - Junta Nacional de Drogas

En el marco del Grupo de Responsabilidad Social de Empresas Públicas se realizó, en coordinación con la JND, un plan de trabajo en dos niveles: a nivel formativo concurriendo a diversas actividades con expositores nacionales y extranjeros; y en coordinación de acciones, integrando una mesa de trabajo con todos los entes autónomos a fin de unificar criterios, trabajar en áreas de prevención y sobre las adicciones en sí. Se concretó el acuerdo entre ***Junta Nacional de Drogas y*** *la Empresa para la realización durante el año 2008 de una campaña de Prevención de Adicciones (****Alcoholismo****) en el ámbito laboral.*

Se participó en tareas comunitarias en el entorno de las plantas y obradores de la Empresa realizándose charlas sobre prevención de adicciones.

3.2. Programa de Cesación de Tabaquismo

En el marco del Programa Nacional de Lucha contra el Tabaquismo se implementó a nivel de la Empresa el Programa de Cesación de Tabaquismo. Al día de hoy se registran 162 personas en tratamiento distribuidas en los 6 talleres que funcionan en la Empresa.

Es de destacar los resultados favorables del programa con una elevada asistencia a los talleres alcanzando ya niveles importantes de reducción de consumo.

3.3. Auditorias y seguimiento del personal del Interior

Las auditorias fueron orientadas a:

Consorcio FEMI, a través de sus mutualistas sobre las prestaciones que brinda dicho convenio y el grado de cumplimiento de las mismas.

Personal de UTE sobre el grado de cumplimiento de la normativa en cuanto a la reglamentación de licencias por enfermedad.

Se practicaron ***195*** *visitas a distintas localidades del Interior dirigidas a la auditoría de las prestaciones, apoyo al funcionario y a la resolución de problemas relacionados con la Salud Ocupacional. Fueron visitados 158 funcionarios del Interior.*

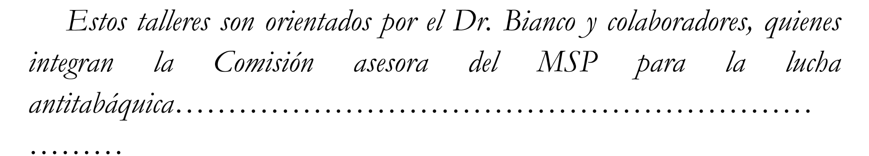
3.4. Ausentismo, juntas médicas y seguimiento de accidentados

Se generaron y fueron certificadas en el periodo un total de ***8720*** *solicitudes en Montevideo que representaron* ***3.714*** *días promedio de ausentismo. Se efectuó el seguimiento de 20 accidentados en todo el país y se integraron un total de* ***36 Juntas Médicas****.*

Comunicación del grupo de profesionales asistentes a actividad para la promoción del Plan Nacional de Cesación de Tabaquismo el 22 de junio de 2005

"Se desarrolló el tema Cesación de tabaquismo en Piriápolis organizado por la red "Por un Uruguay libre de tabaco", durante el 22,23 y 24 de abril.

Concurrimos invitados por esa asociación de ONGs, en nombre de UTE como único participante público.



Estos talleres son orientados por el Dr. Bianco y colaboradores, quienes integran la Comisión asesora del MSP para la lucha antitabáquica…………………………………………………… ………

Comentarios

En nuestra experiencia en UTE desde Medicina Laboral los funcionarios que desempañamos el rol de agentes de salud hemos trabajado en cesación de

tabaquismo con los funcionarios que concurren al examen ocupacional fundamentalmente.

Según el grado de dependencia y en consecuencia el requerimiento terapéutico de los fumadores, aplicamos medidas de Prevención primaria para el no fumador o fumador pasivo que son básicamente acciones de Promoción de salud y reforzamiento de la importancia de hábitos saludables; de Prevención secundaria para quien es portador de enfermedad inicial, desarrollada o descompensada con derivación al sistema mutual, Seguimiento Preventivo que desarrollamos desde hace años, ; y de rehabilitación y/o reinserción o reubicación laboral.

La intervención para interferir en el hábito del tabaquismo favorablemente, es breve y señalando el daño que determina el consumo, ya manifiesto en la vida del funcionario o en curso y de aparición futura, así como lo conveniente de dejar de fumar.

La respuesta a este llamado es positiva en muchos casos, lo que comprobamos en las siguientes evaluaciones, 1 0 2 años después.

Creemos que es una función importante de los servicios de salud en la empresa, llevar adelante acciones de Prevención y Promoción en la salud de los trabajadores.

En tal sentido, hemos realizado acciones formativo-informativas en el interior del país, centradas en el alcoholismo y su prevención, asociados en general, lo que incrementa el daño.

Hemos recogido el interés en dejar de fumar de muchos funcionarios de Montevideo y del interior, orientándolos a las policlínicas de Cesación del sistema mutual, lo que difícilmente pueden cumplir.

También hemos recibido la demanda de los fumadores pasivos para que sumemos acciones en su protección y en pro de un ambiente libre de humo de tabaco.

Recientemente se ha implementado un Plan preventivo de riesgos laborales y salud mediante el desarrollo de acciones formativas en Promoción de salud por

personal de Medicina laboral para divulgación de los conceptos científicos vigentes en relación al Uso indebido de drogas entre otros temas, donde figura el tabaquismo, y se impartirá en el Interior del país y en Montevideo.

Estamos interesados y dispuestos a continuar trabajando en el tema, en forma interdisciplinaria con enfermeros, odontólogos, psicólogos, especialistas médicos, prevencionistas, sumando acciones sanitarias en beneficio de los funcionarios.

Vemos oportuno crear un espacio específico en la empresa con los objetivos mencionados o Clínica para cesación de tabaquismo.

Su alcance y cometidos puede ampliarse con el Fondo nacional de recursos que desarrolla programas para la adquisición, mejora y mantenimiento de hábitos de vida saludables, aportando medicación de soporte para la desintoxicación."



Taller de tabaquismo y calidad de vida. En primera fila el autor acompañado por la Dra. Camacho y la Psicóloga Fernández. En segunda fila invitado especial Sobreviviente del Holocausto.

4.5 La implantación de la nueva Visión

ÍNDICE 

La puesta en marcha de esta estrategia conto con un factor clave e imprescindible, sin el que hubiera sido posible desplegar con éxito las distintas acciones, muchas de las cuales fueron generadas por el mismo: **el compromiso del personal,** basado en el principio de identidad de grupo.

Para robustecerlo se realizaron distintas acciones. Se definió como un objetivo estratégico primario a desarrollar el estímulo de las relaciones informales. De esta forma se ganó en sinceridad, naturalidad, confianza y espontaneidad en la acción y ejecución de las tareas y las funciones. Era necesario la recuperación de la humanización social de la Unidad, que había pasado por una serie de crisis que habían afectado elementos profundos de naturaleza emocional. Para ello partimos del desarrollo de aspectos básicos como: el afecto, el entender y comprender, estimular la participación, el resguardo y protección, y en determinados casos el ocio. De modo de que se generara primariamente un clima positivo, que fomento el relacionamiento entre el personal y en segundo lugar como resultado de este, se optimizo la relación con el medio laboral de la Empresa, que recibía su influjo y su devolución. Siendo percibido este cambio por los distintos actores de la misma, se estableció una dinámica que aseguró su rol en la humanización social general de la Organización y su confiabilidad por todas las partes, lo que es básico en Salud Ocupacional.

Se dio participación al personal en el establecimiento de las metas y métodos de trabajo, para diluir la separación entre la estructura gerencial en su rol de creador y los trabajadores en una mera función de ejecución.

Se activaron distintos grupos de participación de los profesionales, técnicos y administrativos relacionados con distintos planes, programas y acciones. Incorporándose a la participación sindical como una

actividad grupal más, lo que facilitó la relación directa con las comisiones y estructuras sindicales de salud y seguridad de la Empresa.

Pero toda esta estructura no hubiera sido nada más que formal, si no se hubiera desarrollado con el soporte de la gestión del conocimiento. Cuando nos referimos a la gestión del conocimiento la definimos y aplicamos, en este caso, como el conjunto de acciones que permitieron la adquisición, desarrollo y transmisión del conocimiento inherente a la Organización específica, la Unidad de Salud Ocupacional. Generando de este modo un recurso disponible para todos sus integrantes, que interactúo entre los miembros y procesos en forma de retroalimentación positiva. Donde el individuo y la Organización se convirtieron en socios de una finalidad: su desarrollo.

Orientados por la teoría de sistemas empleamos conceptos que ya habíamos definido anteriormente. "Todo sistema y este en particular, parte de un estado inicial basal y va experimentando una serie de cambios hasta llegar a un estado que corresponde a una solución (información). Es decir, es una senda o camino crítico que une al estado inicial con el final, a través del espacio-tiempo de configuraciones que se desarrollan entre ambos puntos. En el sistema, el espacio-tiempo de configuraciones estará definido por el conjunto de informaciones que entrelazan a sus componentes. La dinámica del Sistema, es decir, el conjunto de configuraciones está determinado por la red de interacciones entre los distintos nodos en forma continua, no secuencial. Es decir, nunca se rompe la continuidad del Sistema"[68] A partir de estos principios, basándonos en los modelos de red organizativo cognitivo, definimos distintas acciones.

1. Se estableció un marco estratégico preciso: la misión, visión, valores, la cultura de la Empresa y la específica del sector, fueron expresados claramente para todos los integrantes.

---

[68] Tor. Sistema Integrado de Gestión Ambiental, Seguridad y Salud Ocupacional, Óp. cit., p. 81.

2. Se definieron precisamente los vínculos entre las distintas líneas estratégicas. Cada línea estratégica fue claramente conectada con el resto y estas conexiones fueron comprendidas y desarrolladas por todos los miembros de la Unidad de Salud Ocupacional. Así como el aporte que se esperaba de cada uno de ellos a estas líneas.
3. El sistema de información se diseñó de forma de que los miembros actuando en red, tuvieran el mayor acceso compartido a la información necesaria.
4. Se potencio la innovación, a través del desarrollo del liderazgo proactivo del Supervisor en ese contexto.
5. El desarrollo de la autonomía incremental de cada miembro de la Unidad de Salud Ocupacional se fomentó, para la óptima capacidad de procesamiento individual. Para ello se instrumentó un proceso de formación, con estimulación y reconocimiento de su valor en el desempeño por él personal.
6. Incorporación de la tecnología apropiada para el óptimo funcionamiento adecuado de la red de procesos. Más precisamente la adopción de la digitalización e informatización como servicio integrado y no como centro.
7. Las habilidades y capacidades de la Dirección Técnica, se orientaron a la reducción de las fricciones emergentes y a la armonización del trabajo en red de procesos.

Como primer paso se estimuló la capacidad de registrar y de asociar los hechos, **analizando la información de manera distinta a la formulada por los métodos de gestión tradicionales**. Lo que permitió instrumentar la mejora de la gestión, que se basó en la implantación de tres acciones sucesivas:

1. El desarrollo del aprendizaje adaptativo, basado en el aprendizaje experiencial a través de diferentes casos y situaciones, donde no era posible seguir los modelos de resolución de problemas desarrollados previamente.

2. Generación del aprendizaje del reconocimiento de las situaciones donde los modelos, estudiados en la formación técnica previa o diseñada por la gestión, exhibían una distorsión de la realidad o eran incompletos para su manejo y resolución adecuados. Esto permitió el desarrollo grupal de la tolerancia a fallos en los procesos de gestión de la Unidad de Salud Ocupacional. Resultado de la necesaria alteración de la interrelación de parte de la red de procesos interrelacionados. De este modo, al estar distribuida la información en las diversas interrelaciones grupales, existía una alta disponibilidad de la información crítica de decisión compartida, grupal.
3. Como resultado de los dos pasos previos se logró generar en forma incremental la auto-organización, mediante la modificación de la interacción de la red de procesos, se logró alcanzar un objetivo específico. Se generó, por parte de la Supervisión la autonomía para organizarse y estructurarse las actuaciones de los equipos de trabajo, es decir, decidiendo estos no lo que hacer sino **<u>como lo hacían</u>**. De este modo, en la actividad auto-estructurante desarrollada, conceptualmente de hecho el subsistema generado decidió por sí mismo la modalidad que adoptaba, para alcanzar el objetivo.

De este modo, motivados por la necesidad de construir su propio conocimiento a través de la experiencia, los miembros construyeron conocimientos por sí mismos. Cada uno individualmente genero significados a medida que desarrollo el aprendizaje. En un proceso de desarrollo cognitivo primario a nivel grupal, inter-psicológico, y posteriormente a nivel individual, intrapsicológico.

Para el desarrollo de esta modalidad de gestión fue necesario recurrir al auxilio de las herramientas de la Inteligencia Emocional, actuando sobre lo personal y grupal al unísono. De no hacerlo hubiéramos quedado atrapados por emergentes que hubiesen convertido la situación en caótica. Sin embargo, logramos que esos emergentes, cuando se

dieron, tuvieran una acción unificadora de la dinámica grupal, de un valor superior a las capacidades individuales. Que nunca se hubieran dado en los sujetos aisladamente, revelando la importancia de la **Inteligencia Grupal**.[69]

La esfera psíquica como se ve desempeño un papel integrado al resto de la gestión racional. Se estableció desde el inicio, una relación afectiva positiva expresada en una real voluntad de cambio, que no quedaba solo en meras palabras. Lo que permitió hacer evolucionar a los miembros del equipo y ayudarlos a visualizar otros puntos de vista. Como obstáculos existían mecanismos de defensa individual y grupal, resabio de situaciones previas de conflicto y represión, lo que dificultó los ajustes mutuos necesarios para resolver los conflictos.

El fenómeno de la ambivalencia espontaneo individual o grupal presente que se dio en las acciones de relación emprendidas, generó el ciclo descripto por Melanie Klein de dependencia -+ angustia -+ agresión -+ culpabilidad -+ reparación -+ dependencia. El responder con agresión a la agresión que se generó, hubiera llevado al deterioro de la relación o a su ruptura. Y, si bien la relación de dependencia fue una etapa ineludible en el proceso, para lograr un mayor nivel de autonomía, no fue a diferencia de otras gestiones anteriores un fin en sí misma.

Al igual que todo cambio psíquico implica un dolor mayor o menor, el pasaje que individualmente y/o grupalmente se indujo de un nivel de conciencia a otro más elevado, presupuso un costo psicológico. Costo que fue aceptado grupalmente manejando con arte las gratificaciones y las frustraciones.

Cuando el grupo descubrió que podían manejar y resolver los problemas por sí mismos, nuestro papel adquirió entonces el carácter del

[69] Hecho que no es nuevo habiendo sido demostrada la presencia de esa Inteligencia Grupal, por ejemplo, por los entomólogos en otros seres vivos

articulador que escucha en el sentido expresado por Lancán "el arte de escuchar equivale al del buen hablar".

Así mismo, como marco institucional-cultural se gestionaba la dialéctica bienestar humano-productividad laboral en la Organización, orientada a una búsqueda obsesiva de rendimiento y productividad. Lo que era resultado de haber adoptado una visión economicista. Para definir la relación hombre–trabajo sólo es posible hacerlo cuando se integran en su concepción la tecno-estructura y el mundo simbólico que la define.

Tomemos dos ejemplos de actuaciones para visualizar alguno de los aspectos tratados. En primer lugar, mencionamos la necesidad de la incorporación de la tecnología apropiada para el óptimo funcionamiento adecuado de la red de procesos. Era necesario la implantación de dispositivos informatizados en todos los puntos donde se generara información clínica, trascribimos fragmentos del llamado para la compra de electrocardiógrafos[70]. En los puntos 5, 6,7,8,17,18 y 20 se solicitan características técnicas para el trabajo en red:

<u>"CAPITULO III – CONDICIONES TÉCNICAS</u>

<u>Especificaciones Técnicas</u>

……………………………………………………………………

5. Los datos se deben poder guardar en un sistema de gestión de datos (DMS) a través de una red alámbrica o inalámbrica.

6. Se debe poder adicionar memoria USB o por medio de SD Card de hasta 1GB.

---

[70] *Pliego Compra N° 84616*

7. Puertos de comunicación Lan, 2 puertos seriales RS-232C, 2 puertos USB 2.0.

8. Posibilidad de conexión de un adaptador LAN inalámbrico Wi-Fi por medio de los puertos USB incluidos……………...

17. Software para interpretación con instalación del mismo.

18. Software para stress test con instalación del mismo.

19 Software para transmitir datos a PC con instalación del mismo."

Otra acción consistió en el diseño e implantación de la Historia Medico Laboral informatizada. Pero, en nuestro caso no nos quedamos en la sola generación de un registro. La arquitectura de la misma, fue estructurada de manera tal que el trabajador que ingresaba al examen ocupacional, a medida que iba recorriendo cada una de sus etapas, paraclínica, examen odontológico, examen médico o psicológico generaba información que era cargada al sistema. Y de acceso inmediato y simultaneo por todo el equipo de profesionales actuantes de los distintos sectores, deliberación. Con un cierre, juicio y egreso del paciente por el Supervisor, resolución.

Por último, como un ejemplo de interacción del sistema grupal con la Organización, presentamos la aplicación ParisNet[71], un sitio Web que permite al cliente iniciar solicitudes de servicios. La misma está basada en el entorno operativo Microsoft Windows®. Permite medir tiempos de solución de reclamos, número de órdenes generadas y cerradas mensualmente, analizar los tipos de reclamos (áreas), etc.

[71] Software propiedad de UTE, desarrollado por personal de la Empresa en conjunto con la Facultad de Ingeniería, UDELAR.2005.

En el resumen instructivo de la misma se describen los procesos y los grupos responsables.

HERRAMIENTA DE SOLICITUD DE SERVICIOS DE MEDICINA LABORAL

ParisNet Medicina Laboral

Todos los servicios y productos del Servicio Médico de UTE pueden ser gestionados por todo el personal de la Empresa utilizando la herramienta ParisNet. Cliqueando en el correo del servicio requerido se generará un mensaje en el que podrá realizar la solicitud, consulta, etc.; que fuese necesaria. -

1. Examen Ocupacional - Carne de Salud

Correo: **SolicitudCitas** –
Administrador: Dr. Giovanni Puchiele
Alterno: Luis Alberto Bairo
Responsable: Dr. Antonio Rezendes
Alterno: Dra. Ema Camacho
Colaboradores: Luis Alberto Bairo
Verónica Alvez
Beatriz Fagundez
Sofía Martínez
Susana Ríos

1.1 Citas Medicas

Responsable: Dra. Mirian Mendaro

1.2 Citas Psicológicas

Responsable: Lic. Cristina Ferraro,
Alterno: Lic. Alberto Urruty
Alterno: Lic. Silvia Fernández

1.3 Citas Odontológicas

Responsable: Dra. Alexandra Rodríguez
Alterno: Dr. Giovani Puchele
Alterno: Dr. Pedro Loinaz

2. Licencia Médica

Correo: **licenciamedica** –

Administrador: Sofía Martínez
Alterno: Verónica Alvez
Responsable Montevideo: Dr. Carlos Lecot
Responsable Regional Centro y Este:
Dra. Cristina Larrosa
Responsable Regional Oeste y Norte:
Dr. Gerardo Domínguez
Colaboradores: Verónica Alvez
Luis Alberto Bairo
Beatriz Fagundez
Sofía Martínez
Susana Ríos

3. Licencia Maternal

Correo: **Medicina Laboral**-
Administrador: Luis Alberto Bairo
Alterno: Susana Ríos
Responsable: Dr. Carlos Lecot
Alterno: Dra. Miriam Mendaro

4. Emergencia Médica, Cardiodesfibriladores

Correo: **Medicina Laboral**-
Administrador: Sebastián Márquez
Alterno: Sofía Martínez
Responsable: Dra. Mercedes Parada

5. Viáticos por enfermedad de familiar

Correo: **Medicina Laboral**-
Administrador: Dr. Giovanni Puchiele
Alterno: Sebastián Márquez
Responsable: Dr. Giovanni Puchiele
Alterno: Sebastián Márquez

6. Fondo solidario

Correo: **fondosolidario**-
Administrador: Dr. Giovanni Puchiele
Alterno: Sebastián Márquez
Responsables: Dr. Gerardo Domínguez

Dra. Cristina Larrosa

7. Accidentes y Riesgos Laborales

Correo:**accidenteslaborales**-

Administrador: Sebastián Márquez

Alterno: Dr. Giovanni Puchiele

Responsable Montevideo: Dr. Carlos Lecot

Responsable Regional Oeste y Norte:

Dr. Gerardo Domínguez

Regional Centro y Este: Dra. Cristina Larrosa

Alterno Montevideo: Dra. Mercedes Parada

Alterno Interior: Dra. Miriam Mendaro

8. Promoción de Salud, Formación y Capacitación

Correo: **Medicina Laboral**-

Administrador: Unidad Administrativa

Responsable: Dra. Ema Camacho

Alterno: Dra. Miriam Mendaro

Colaborador: Enf. Sebastián Márquez

9. Gestión Administrativa, casillas de correo y otros.

Correo: **Medicina Laboral**-

Administrador: Unidad Administrativa

Responsable: Luis Bairo

Alternos: Verónica Alvez

Beatriz Fagundez

Sebastián Márquez

Sofía Martínez

Susana Ríos

9.1 Bloqueos PMI Medicina

Correo: **PMIMEDICO**–

Administrador: Unidad Administrativa

Responsables:

Luis Bairo

Verónica Alvez

Beatriz Fagundez

Sofía Martínez
Susana Ríos

Observaciones:

1. Los Subsectores 1.1, 1.2 y 1.3 no se registran en ParisNet, si internamente en Medicina Laboral a los efectos de guardar el secreto médico del paciente.

2. El correo genérico Medicina Laboral será sustituido por correos específicos progresivamente, a medida que la demanda y el proceso lo requiera, así como los tiempos de creación en SIS lo permitan.

3. En caso de ausencia del administrador y del alterno de cada casilla de correo, la misma será ejercida temporalmente por la Unidad Administrativa.

4. Todos los procesos deben respetar el secreto médico, debiendo ser generado todo registro electrónico y comunicación externa teniendo en cuenta este principio. En caso del surgimiento de dudas en la aplicación se consultará a la **Unidad de Seguridad GDC de Medicina Laboral** (Dr. Tor, Dr. Rezendes, Dr. Puchiele).

4.6 La incidencia del medio en la Organización



Esta estrategia de innovación, en el cual el sector profesional jugo un rol primordial. facilitó la optimización del sistema técnico, lo que se transformó en una fuente de competencia y de autonomía. Permitiendo que los profesionales, intervinieran como actores en el sistema social; transformándose, en una fuente de recursos estratégicos. Pero, la distorsión del modelo de la Organización que se dio se relacionó con una construcción social inacabada, en la cual los actores de la innovación se

opusieron a los actores de la regla, conflicto que debió arbitrar la Dirección de la Empresa.[72]

En toda Organización existe un conjunto de normas expresas y/o tacitas que rigen el relacionamiento de sus partes, que en última instancia están subordinadas al mantenimiento del principio de identidad de la misma. El arte del "dulce" equilibrio de esa relación, caracteriza la óptima gestión de la misma. Cuando nos alejamos de este punto, la predominancia, más allá de la natural función, de sectores o grupos pueden generar trastornos para esa Organización globalmente o para partes de la misma. Es, en esas circunstancias, crucial la intervención de la Dirección de la Empresa.

Así, en grado progresivo, se fue desarrollando la integración corporal con la Organización, lo que permitió hacer viable una segunda etapa, que consistió en afianzar la reestructura funcional y de soporte físico, incluida la estructura edilicia. Para ello debieron incidir factores externos a la Empresa.

Debemos tener claro que el medio interno y externo de la Organización interaccionan continuamente, se condicionan y como consecuencia se modifican el uno al otro. Ahora bien, siempre se da la presencia de factores externos que estresan la estructura de la misma. Como las relaciones de mercado o que pueden condicionar su viabilidad u operatividad. Como puede ser el control del Estado expresado en su inhabilitación para operar. Lo que flexibiliza e impone cambios en ese conjunto de relaciones organizacionales.

4.7 La reestructura edilicia.

ÍNDICE


El 23 de abril de 2010, por su vencimiento, solicitamos la renovación de la habilitación del Servicio de Salud Ocupacional de la Empresa ante

[72] Alter, Catherine ; Hage, Jerald. Organizations working together. Volumen191 de Sage library of social research. Volumen191 de Notes on Nursing Theories. Sage Publications, 1993.

el Sr. Ministro de Salud Pública. Como resultado del proceso de tramitación se realizó la inspección del mismo[73] constatándose por parte de las profesionales actuantes como observaciones a destacar que:

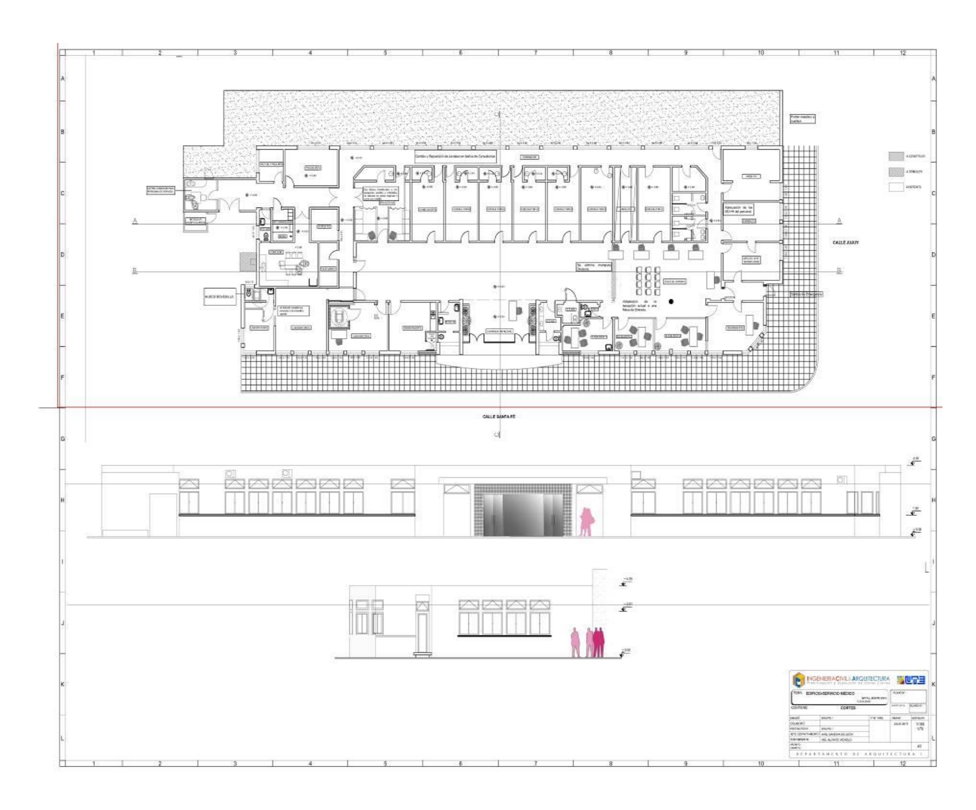
1. "La planta física presenta deterioro edilicio en todas las áreas." ....

"Se solicita

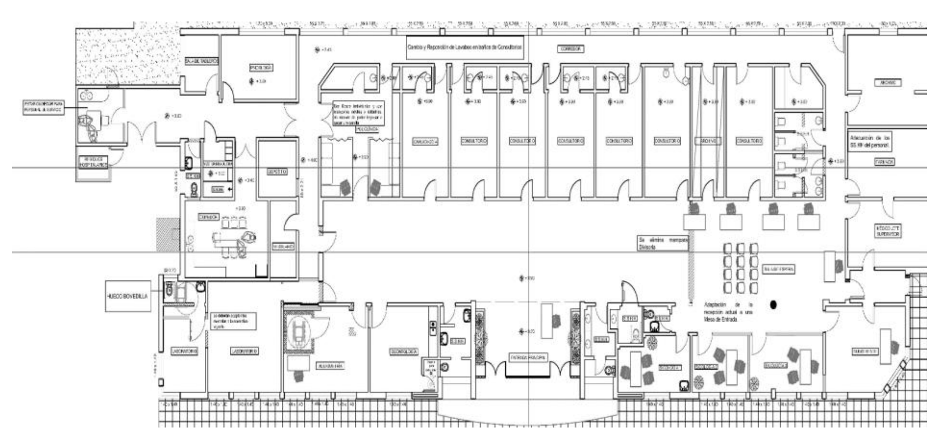
1. Actualización de nómina de recursos humanos.
2. Copia de contratos de tercerización.
3. Procedimiento de preparación y esterilización de materiales.
4. Procedimiento de gestión de insumos.
5. Procedimiento de gestión de medicamentos.
6. Plan de mantenimiento preventivo de equipos.
7. Procedimientos de Normas de Bioseguridad.
8. Registros de equipos en MSP.
9. Informe de actuación de capacitación y actividades fuera de la institución.
10. Copias de informe de control de plagas."

El primer punto, destacado con variantes en las distintas áreas, hace referencia al deterioro edilicio. Debemos recordar que el mismo fue edificado en 1950. Posteriormente en todo el periodo de tiempo que transcurrió, se realizaron mantenimientos mínimos para su funcionamiento. Situación contemplada en una política de inversión de rubro 0 para este sector. Las sucesivas acciones y comunicaciones del controlador, centraron a la Empresa en el cumplimiento de la legislación y alinearon a la estructura gerencial en el cumplimiento de sus directivas. A los efectos de la remediación edilicia, se elaboró un proyecto en conjunto con el Departamento de Arquitectura de la Empresa, el cual fue ejecutado con la aprobación del MSP.

[73] INFORME DE INSPECCION. Montevideo. 19 de julio de 2011. Para: Jefe del Dpto. Inspectivo Ing.: Químico Luis Mele.



Proyecto Servicio Médico-Departamento de Arquitectura.
Vista General



Proyecto Servicio Médico-Departamento de Arquitectura

Vista Parcial

En el mismo se realizó la remodelación de toda la sede, adaptada a satisfacer los requisitos de una unidad de salud ocupacional integral y autónoma. Se adoptó como concepto básico, el facilitar el acceso inmediato del paciente a los distintos servicios y la fácil interconexión física entre los mismos. Distribuyendo a estos en torno de una la luz central, constituida por la sala de espera. La remodelación edilicia permitió el ajuste y rediseño de todos los servicios, basada en los principios de gestión antes mencionados.

4.8 El impacto ambiental y la gestión en salud ocupacional

ÍNDICE

Entre los años 1972 y 1973 comenzó a operar la planta de la Empresa de impregnación de maderas en la localidad de Rincón del Bonete, próxima al Rio Negro y a la allí instalada Central Hidroeléctrica Gabriel Terra. Abastece de los postes y las crucetas preservadas que son requeridas para la construcción de líneas de distribución de energía propiedad de UTE, líneas de media tensión de electrificación rural y líneas de baja tensión en postes. La madera es tratada con el compuesto CCA – tipo C, solución preservante compuesto por una solución acuosa de óxidos activos (trióxido de cromo, óxido cúprico y pentóxido de arsénico).



Vista aérea de planta de impregnación de Rincón del Bonete

Dada la toxicidad del compuesto CCA, la planta de impregnación fue puesta en la agenda de procesos de riesgo del plan de vigilancia de la Unidad de Medicina Laboral. En el año 2001[74] a los efectos de actualización de los protocolos de estudios de los trabajadores se establecieron contactos con el Depto. de Toxicología de Facultad de Química. Prof. Ag. Dra. Amalia Laborde. Adoptándose las recomendaciones sugeridas. Del estudio realizado no se hallaron elementos clínicos y la determinación de marcadores biológicos se encontraron por debajo de los rangos internacionalmente aceptados. En el año 2004 estudiados los resultados paraclínicos se verifica que los funcionarios tienen valores por encima de lo aceptado internacionalmente, 17 para arsénico y 2 para cromo. Por ello se decide tomar diversas medidas entre ellas:

1. La detención de la impregnación de postes en la planta a los efectos de tomar las medidas correctivas, repetir los exámenes paraclínicos y realizar los exámenes médicos.
2. Realización del chequeo médico en el que surgen 10 casos de afecciones dermatológicas, que fueron derivadas a la Dra. Palacios, dermatóloga de la Unidad. En los casos en que existían dudas de la relación causa - efecto de dichas lesiones con los productos utilizados, se realizó interconsulta con el Dr. Probo Pereira, reconocido especialista y profesor universitario. Quien señaló que en uno solo de los casos se presentaba cuadro de sensibilización cutánea al cromo. Dicho cuadro retrocedió al retirarlo al trabajador del lugar de trabajo, por lo cual se lo reubicó en forma definitiva en otro sector (Oficina Comercial – Paso de los Toros).

---

[74]Dra. Ema Camacho. Informe de las acciones realizadas por Medicina Laboral en la Planta de Impregnación de Postes de la Sub Gerencia Forestal UTE. 2007.

3. Se comunicó a la Sub Gerencia Forestal y Sub Gerencia de Seguridad para la revisión de todos los procesos, así como en cumplimiento de la reglamentación vigente al MSP y MTSS, quienes disponen la inspección de la planta.

Como resultado de las acciones y de las implementaciones sugeridas se constata en el examen practicado en diciembre de 2004 que todos los valores se encontraban por debajo de los internacionalmente aceptados. Se decide emprender una política de mejora continua de la estructura fabril y de las medidas de salud y seguridad relacionadas. Adoptándose las recomendaciones formuladas por la Guía de buenas prácticas en impregnación de madera[75], integrada por el Tomo I: Seguridad y Salud Ocupacional, y Tomo II: Gestión Ambiental y Producción más limpia; Cooperación Técnica MERCOSUR (SGT6) y GTZ, 2007. Elaborándose el Subprograma Planta de Impregnación de Maderas Forestal Bonete, dentro del Plan de Salud Ocupacional de las Usinas y Trasmiciones Eléctricas del Estado-Programa de Medicina Preventiva y del Trabajo[76] . Su última versión actualizada fue redactada en el año 2016.

En el marco del Plan Director definido por el Directorio de UTE, en febrero de 2016 la Dirección de UTE convocó a la Gerencia de Gestión Empresarial del Laboratorio Tecnológico del Uruguay para la implementación de un Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional (SGSYSO) basado en la norma OHSAS 18001:2007 (Instituto Uruguayo de Normas Técnicas, 2007), en la planta de

---

[75] Participaron en su desarrollo el Ministerio de Vivienda, Ordenamiento Territorial y Medio Ambiente a través de la DINAMA, el Ministerio de Salud Pública, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Laboratorio Tecnológico del Uruguay, el Centro Coordinador del Convenio de Basilea para América Latina y el Caribe, el sector industrial de impregnación de madera y consultores del proyecto CYMA.

[76] Ver Anexo 2

impregnación de UTE ubicada en Rincón del Bonete, en la ciudad de Paso de los Toros. Certificado favorablemente en el año 2017[77].

Esta situación, así como el tener la Empresa instaladas tres plantas hidráulicas en el principal afluente hídrico del país como es el rio Negro, sumada a otras situaciones menores que surgieron en el ámbito de la salud y seguridad como del medioambiente, dio como resultado la generación de la Política de Seguridad y Salud Ocupacional de UTE. La Alta Dirección de UTE tomó la decisión de definir una Política de Seguridad y Salud Ocupacional para toda la organización, que fue aprobada por el Directorio de la Empresa el 14 de abril de 2016. Esta decisión, que involucro implementar un Sistema de Gestión en Seguridad y Salud Ocupacional en todos sus procesos, es un hecho inédito por la escala y la diversidad de la Organización a nivel nacional y regional. Permitio ordenar y sistematizar la forma de trabajo en SYSO, generar herramientas para la planificación y abrir canales de comunicación para todos los actores involucrados.

---

[77] LATU**.** Implementación y Certificación de Sistemas de Gestión de SYSO en la Planta de Impregnación de Postes y Crucetas de UTE. LABORATORIO TECNOLÓGICO DEL URUGUAY INNOTEC Gestión, 2017, 8 (61-70) ISSN 1688-6615

POLÍTICA DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

La Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas (UTE), es una empresa propiedad del Estado uruguayo que se dedica a la generación, trasmisión, distribución, comercialización de energía eléctrica, prestación de servicios anexos y consultoría. UTE se compromete a una gestión empresarial centrada en las personas, que proteja la vida, la integridad física y salud de quienes trabajan en ella. Esto se logra, entre otros, a través de la planificación e implementación de objetivos y programas de seguridad y salud de los trabajadores, la identificación de peligros, la evaluación y control de sus riesgos y la mejora continua de los procesos relacionados. Quienes trabajamos en UTE somos responsables de mantener una cultura preventiva, convirtiéndola en un estilo de vida, cumpliendo con las normas y procedimientos establecidos, con la legislación nacional y otros requisitos suscritos relacionados con la Seguridad y Salud Ocupacional (SYSO). Los principios que orientan la Política SYSO son:

• Integrar la gestión de SYSO a la estrategia empresarial.

• Identificar peligros, evaluar y controlar los riesgos vinculados a la SYSO producidos en nuestros procesos e instalaciones.

• Difundir y promover el compromiso con la presente Política entre sus trabajadores, proveedores, clientes y otras partes interesadas.

• Sensibilizar y concientizar en materia de SYSO.

PARTES INTERESADAS

Se definen como partes interesadas a aquellas personas o grupos dentro o fuera del lugar de trabajo, interesado o afectado por el desempeño de SYSO. En el caso particular de UTE, se incluyen dentro de las partes interesadas a:

• Funcionarios.

• Sociedad en su conjunto.

• Clientes.

• Empresas contratadas, subcontratistas y sus empleados.

• Proveedores.

• Sindicato – Comisión Central de Seguridad.

• Socios estratégicos.

• Empresas aseguradoras/Banco de Seguros del Estado.

• Gobierno y Entes Reguladores (Ministerio de Industria, Energía y Minería, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, Banco de Previsión Social, URSEA, ADME, etcétera).

4.9 La Organización y protección de los datos de salud

ÍNDICE

El avance reciente de las nuevas tecnologías y particularmente en el campo del procesamiento de la información, ha generado una creciente preocupación sobre la privacidad del individuo en la sociedad moderna. Como resultado se han ido generando en diversas áreas normas, reglamentos y protocolos que lo resguarden. En el caso de la Salud Ocupacional, este tema ya fue encarado desde la década del cincuenta del siglo pasado por Organizaciones como la OIT, aun antes de desarrollos tecnológicos relacionados, porque siempre se tuvo en claro de que se trataba de principios y no de tecnologías. El secreto médico y la confidencialidad de la salud del trabajador, pasaron por las estructuras de las distintas Organizaciones por varias etapas evolutivas. Que, si bien tuvieron sus matices en relación al grado de desarrollo de las mismas y de las sociedades en las que actuaban, existía un rector universal que siempre alumbro el sendero a recorrer. Hecho que se dio en el Rio de la Plata y particularmente en nuestro país.

Pero antes de ingresar al tema concretamente en el ámbito laboral, es necesario desarrollar un preámbulo general. Con el desarrollo tecnológico de los últimos tiempos, ha surgido un creciente debate sobre la protección de la intimidad y privacidad del individuo. Pero, de hecho, esta situación se remonta al iluminismo y la revolución francesa que la introdujo en la escena política. Por ello como ya mencionamos, no se trata de tecnologías sino de principios, que se materializarán en un sentido o en otro de acuerdo al entorno.

En general, se consideran similares la intimidad y la privacidad, en la jurisprudencia en muchos casos así se ha actuado, lo que no es acertado.

La privacidad es el ámbito en donde existe la posibilidad irrestricta de realizar acciones privativas. Antítesis de lo público, en donde se ejerce el pleno y único ejercicio de la voluntad del individuo y no de otro. Donde puede autodeterminarse y autogobernarse, es la esfera de la privacidad. Su origen se remonta a la génesis de las polis griegas y más precisamente a la familia y democracia ateniense, que será instrumentada posteriormente por el derecho romano.

Mientras que la intimidad es un elemento inherente a la condición humana, que corresponde al ámbito psicofísico que se da con su nacimiento, es por ello un derecho natural del ser humano, independiente y anterior a su regulación positiva. Y que el Derecho reconoce al hombre en su condición de persona natural. Por ello, no es el lugar, el momento o la función o acto, sino la persona lo que protege el derecho a la intimidad. Es decir, no es el derecho a la propiedad privada el actor vinculante, sino el de una personalidad inviolable.

Conteste con ello el legislador en la fundamentación de la Norma de la protección de los Datos Personales destaca que esta es inherente a la persona humana, por lo que está comprendido en el Artículo 72 de la Constitución de la República. "La enumeración de derechos, deberes y garantías hecha por la Constitución, no excluye los otros que son inherentes a la personalidad humana o se derivan de la forma republicana de gobierno."

El acceso a la mente o al cuerpo que se da en los actos Médicos y sucedáneos, se realiza en el campo de la esfera de la intimidad del paciente. La información de salud generada es por ello un dato de naturaleza íntima, que debe ser tratado como tal para no lesionar los derechos de las personas naturales.

Nuestro Derecho no ha diferenciado claramente aun entre intimidad y privacidad. Cristina Vázquez, citada por Schiavi[78] aclara que "cuando se habla de protección de datos personales, acuden inmediatamente las nociones de "intimidad" y "privacidad". El vocablo "privacidad" ha sido tomado por nuestra lengua, fundamentalmente del inglés "privacy" y del francés "privacité", recordando que "la Constitución no emplea las

---

78 Schiavi, Pablo. El derecho al olvido y a la protección de datos personales en Uruguay. Revista de derecho de la Universidad de Montevideo — Número 31 — Año 2017.

expresiones "intimidad" o "privacidad" pero las mismas se han incorporado en diversas normas de jerarquía legal o reglamentaria.

Un elemento relacionado es la ruptura de la intimidad por consentimiento. En este caso como argumentos negativos, como en otras situaciones, se puede hacer referencia a la coacción, presión, condicionamiento, etc. Pero, nuestra posición es que al considerar a la intimidad un elemento constitutivo de la identidad del sujeto, que define su existencia, es decir su vida, el consentimiento no es válido, aunque se dé. Como no es válido el consentimiento de su ejecución en una cámara de gas.

Las últimas sentencias del Tribunal Europeo de Derechos Humanos (TEDH) transmiten un mensaje claro. Es decir, el control del empresario sobre los medios tecnológicos que pone al alcance de sus trabajadores tiene límites.[79]

En la Gestión de empresas, el manejo de la privacidad de su personal forma parte del manejo de la privacidad y de la seguridad de la propia Organización. Solo cuando se lo integra y se lo maneja corporalmente se alcanza una óptima eficiencia, desapareciendo los conflictos y confrontaciones. Esta concepción, que surge con los albores de este siglo, exige una nueva visión del tema que genera una política y en última instancia una cultura de empresa que la tiene impregnada.

Como antecedentes del tratamiento legal podemos citar el caso español. La Ley de Prevención de Riesgos Laborales, 31/1995. Edición Actualizada abril de 2007 en su Artículo 22.- Vigilancia de la salud expresa:

---

[79] La privacidad del trabajador, por encima de la protección de la propiedad 20Minutos-Economía. En línea, ver más en: https://www.20minutos.es/noticia/3291741/0/privacidad-trabajador-encima-proteccion-propiedad/#xtor=AD-15&xts=467263 Consultado el 18.03.2018.

"2. Las medidas de vigilancia y control de la salud de los trabajadores se llevarán a cabo respetando siempre el derecho a la intimidad y a la dignidad de la persona del trabajador y la confidencialidad de toda la información relacionada con su estado de salud.

3. Los resultados de la vigilancia a que se refiere el apartado anterior serán comunicados a los trabajadores afectados.
4. Los datos relativos a la vigilancia de la salud de los trabajadores no podrán ser usados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador. El acceso a la información médica de carácter personal se limitará al personal médico y a las autoridades sanitarias que lleven a cabo la vigilancia de la salud de los trabajadores, sin que pueda facilitarse al empresario o a otras personas sin consentimiento expreso del trabajador ……………………………………………...

No obstante, lo anterior, el empresario y las personas u órganos con responsabilidades en materia de prevención serán informados de las conclusiones que se deriven de los reconocimientos efectuados en relación con la aptitud del trabajador para el desempeño del puesto de trabajo o con la necesidad de introducir o mejorar las medidas de protección y prevención, a fin de que puedan desarrollar correctamente sus funciones en materia preventiva."

Paralelamente, la gestión de datos de salud ocupacional, luego de la aprobación el 11/08/2008 de la Ley N°18.331 sobre Protección de Datos Personales reglamentada por: Decreto Nº 414/009 de 31/08/2009, regulan el comportamiento de las empresas. Como ejemplo citó el caso presentado por Álvaro Caset y Leonardo Coronel en el Banco de la República Oriental del Uruguay,[80]parte del cual transcribo:

[80] Cazet, Alvaro y Coronel, Leonardo. Tratamiento de datos personales en un servicio de salud. En Schiavi, Pablo. Estudios de información pública y datos personales. Recopilación de trabajos de investigación de los cursos de posgrado

"I Caso concreto.

Se solicita por parte de un instructor de sumarios: "en el ámbito de la investigación sumaria dispuesta, agradezco tenga a bien hacernos llegar los originales de las constancias médicas presentadas por la funcionaria del asunto en los años 2012 y 2013".

II Introducción.

El caso que nos ocupa se plantea en un servicio de salud llamada unidad servicio médico perteneciente a una empresa pública, la conformación y cometidos son congruentes con la definición de "servicio de salud" que hace la ley 18.335 en su artículo tres.

Dentro de sus funciones y cometidos está el registro y tratamiento de bases de datos referentes a la salud de funcionarios, familiares y en ocasiones público en general.

Este servicio se halla en relación de dependencia jerárquica con autoridades administrativas de diferentes sectores de la organización, por lo cual debe resolver y dar tratamiento a la información que permanentemente se debe comunicar o transferir a terceros.

Se establece, de acuerdo a la normativa vigente, un procedimiento para la recolección, el archivo (en condiciones de seguridad, privacidad y accesibilidad) y el tratamiento de los datos de salud disponibles.

El archivo se mantiene en dos formas: a) la forma electrónica, donde constan datos clínicos, diagnósticos y relación de certificaciones y B) la forma papel, más extensa, donde constan informes médicos del propio servicio, externos, consultas, recomendaciones, etc., Lo que constituiría la historia clínica (en un formato funcional para el servicio y a los requerimientos de la organización) y a la que sólo tienen acceso al personal de salud y el de apoyo.

2012-2013. Universidad de Montevideo Facultad de Derecho. 2014. Montevideo, p. 221.

En el caso de la historia clínica está sólo se transfiere intacta ante dos tipos de requerimientos: a) el propio titular, dado que la ley prevé el derecho de acceso a los titulares de los datos, se les proporciona fotocopia de toda su historia clínica, así como impresión de la información que figura en la base de datos. b) Solicitud de información proveniente de la caja de jubilaciones, dado que el funcionario se ha presentado allí, solicitando se estudie la posibilidad de otorgarle jubilación por incapacidad: esta situación es asimilable a la solicitud del propio titular de los datos antes servicio médico, dado que él es el que tiene que presentar ante la caja de jubilaciones todos sus antecedentes médicos con la intención de probar su incapacidad para continuar trabajando. En este caso su historia clínica, rotulada como reservada, es directamente enviada al minuto provisional. En ambos casos está transferencia de información en interés del propio titular.

De otro modo, los datos médicos ante cualquier requerimiento de información, son sometidos a análisis y modificación, transfiriendo o comunicando solamente la información generada que pueda ser funcional a cada sector de la organización.

Ante solicitudes provenientes de la jerarquía de la institución o por iniciativa del propio servicio médico, respecto a datos estadísticos sobre las patologías padecidas por los funcionarios, se proporciona la información en forma disociada, de manera de preservar la identidad de los titulares de los datos.

Ante solicitudes de información presentada por terceros ajenos a la expresión, no se proporciona la misma, dado su carácter reservado.

III. Comentario acerca del caso.

Este caso se trataría de un requerimiento de transferencia de un archivo de datos personales clasificado como reservado, de un servicio de salud a un tercero.

- *Son datos personales sensibles ya que su titular es la persona física determinada y refieren a su salud.*
- *Es un tercero, ya que es "persona física o jurídica, pública o privada, distinta del titular del dato, del responsable de la base de datos o*

tratamiento, del encargado que las personas autorizadas para tratar los datos bajo autoridad directa del responsable o del encargado del tratamiento".

Como se puede apreciar, y teniendo cuenta la descripción de procedimientos expuesta anteriormente, este requerimiento se aparta de los procedimientos habituales en el relacionamiento con la administración y por lo tanto podría calificarse como de excepción."

Los autores realizan las consultas con asesorías letradas de las que concluyen: "se nos informa que la protestad de un instructor de sumarios, dentro de la institución, son equiparables a las de un Juez. Se nos informa asimismo que sus facultades estarían contempladas en el Reglamento de Procedimientos Disciplinarios del Manual de Instrucciones, Libro IV, y que éste se inspira en el decreto 500 del Reglamento de Procedimientos Administrativos del Poder Ejecutivo. Consultados ambos documentos, no hallamos más que una definición genérica de "amplias facultades".

Debemos comentar que se arguye como base argumental, las potestades que expresa un decreto del ámbito del derecho administrativo de expresión genérica, en contraposición a la Norma Constitucional, como plantearemos más adelante y el conjunto de leyes y decretos específicos, los acuerdos y convenios suscriptos por la República, así como la abundante jurisprudencia generada en la materia.

Para reforzar la posición de renuncia a la protección de la privacidad se realiza una extrapolación argumental que transfiere el tema a la órbita del Poder Judicial. Citando como argumentos, que les fueron expresados, la posición del Dr. Edgardo Ettlin. Este magistrado pone énfasis en las potestades de los jueces para obtener la prueba y con ella llegar al juzgamiento y la determinación de la verdad. "Los jueces tienen en los fueros civil y penal dentro de su poder-deber de juzgar y ejecutar lo juzgado discrecionalidades potestades para instruir la prueba del proceso y para la obtención de la verdad..." Bien, si lo seguimos en su razonamiento linealmente se abalarían entre otras situaciones el ejercicio de la tortura, como fue practicada por el Estado hace pocas décadas. En

un sistema republicano democrático, donde la defensa de los derechos del ciudadano es la primera razón del sistema judicial, esta posición es ajena y más propia de la doctrina sostenida en la década oscura de los años treinta del siglo pasado. Sin embargo, otros argumentos pueden ser necesario que sean atendidos para el buen ejercicio de la justicia. Es en este tema que nos inclinamos por la posición de Delpiazzo, de la necesaria armonización de las normas discordantes o disonantes para la resolución del caso, lo que es parte del arte del ejercicio de la judicatura.

Los autores del artículo concluyen: "Sin embargo se han descrito argumento que se oponen diametralmente a estos conceptos, sosteniendo las amplias facultades y la ausencia de restricciones de la justicia en cuanto a la posibilidad de requerir de primera mano o por vías indirectas cualquier documentación o dato.

Al resolver este caso concreto, se optó por la entrega de la documentación solicitada, teniendo en cuenta el concepto de ponderación, economía de medios, búsqueda de la verdad que a posteriori fuera explicada por el instructor de sumarios solicitante."[81] Que, desde nuestro punto de vista, a la luz de lo fundado, termina expresando de hecho el ejercicio del poder discrecional de la Empresa, el empleador, en la gestión de los derechos de sus trabajadores.

4.10 La gestión de los datos de salud en la Empresa

ÍNDICE


Con estos elementos que hemos presentado, creemos de suma importancia el abordaje de esta temática y su desarrollo amplio, a los efectos de ilustrar a terceros de la experiencia y los argumentos generados en la gestión de los conflictos, que emergieron de la aplicación de la normativa en la Organización.

[81] Ibidem, p. 228.

Cuando nos hicimos cargo de la Dirección Técnica de la Unidad de Salud Ocupacional, nos encontramos con el concepto de que los datos de salud, al igual que los datos de deudores de la Empresa, eran propiedad de la misma. Y por ello, la estructura gerencial consideraba que podía hacer el uso que le fuere necesario para sus fines. Si bien no existían pronunciamientos de los órganos competentes, formaba parte de la cultura organizacional.

Por ejemplo, el Fondo de Solidaridad, servicio de apoyo de la Empresa a quienes no fueran amparados por las prestaciones del seguro de salud (FONASA), requería el informe técnico de los médicos tratantes. El cual, luego de ser estudiado por los técnicos de la Unidad de Salud Ocupacional e informado sobre su pertenencia, era tratado in totum por la Unidad de Recursos Humanos y los representantes sindicales, con elevación para su aprobación a la Dirección de la Empresa. Es decir, información sensible, particular y propia, que expresaba una necesidad imperiosa era conocida por toda la línea de decisión, lo que culminaba en una resolución pública de la Dirección. Paralelamente, los informes de las Juntas Medicas efectuadas eran, por resolución gerencial elevados para el tratamiento de personal administrativo ajeno a la Unidad de Salud Ocupacional y su puesta a consideración de la propia Dirección. Es decir, en estos casos se eliminaba la facultad de decisión técnica de la Unidad de Salud y se trasladaba la misma, a niveles no idóneos ni competentes de acuerdo a la normativa vigente. Con la consiguiente divulgación de información sensible.

Como resultado de esta y otras situaciones, el 25 de junio de 2008 emití una orden precisa y expresa al cuerpo de profesionales de la Unidad de Salud Ocupacional, con copia a la línea de Recursos Humanos, la Asesoría Letrada y la Dirección que transcribo:

> "A los efectos del correcto funcionamiento de la Unidad ajustada a las normas del derecho, en el ejercicio de las funciones del cargo de Supervisor y Director Técnico pongo en conocimiento a los señores Profesionales que la valoración de

aptitud siendo potestad propia, se delega en casos y tareas concretas regulares con conocimiento y aprobación de la misma. En ninguna situación sin la anuencia especifica se deberá comunicar juicios, apreciaciones u otra información que viole el secreto Medico, el derecho del funcionario y la identidad de los actuantes en el proceso. **A título expreso aclaro que la situación clínica del ciudadano debe ser transparente para la Organización, que solo requiere el estado de aptitud y/o limitación para el desempeño de la función, el relevo de la reserva es ámbito de excepcionalidad jurídico legal bajo el debido proceso**."

Posteriormente el 11/08/2008 fue promulgada la Ley N°18.331 sobre Protección de Datos Personales Reglamentada por: Decreto Nº 414/009 de 31/08/2009. La que fue complementada por la Ley Nº 18.381 sobre Acceso a la Información Pública, promulgada el 17/10/2008 y reglamentada por: Decreto N.º 232/010 de 02/08/2010. Esta situación llevo a la Empresa a realizar el estudio jurídico de la misma. Al respecto se genera el expediente EX09026912, la sala de abogados ampliada realiza el análisis de las leyes N°18.331 sobre Protección de Datos Personales y N°18.381 sobre acceso a la Información Pública y su incidencia en life 18, 11/2009. A la Dirección Técnica de los Servicios de Salud Ocupacional, no se le dio participación ni conocimiento en ninguna acción relacionada con la elaboración del informe generado.

Con fecha 10 de septiembre de 2014, la Dirección Técnica del Servicio de Salud Ocupacional recibe, de la estructura gerencial, la solicitud del listado del personal de la Empresa, con afecciones psíquicas en control y seguimiento por ese Servicio.

Ante lo cual y luego del estudio del caso, no se accede, lo que se fundamenta, y se eleva en un análisis que paso a detallar de ahora en adelante.

"Visto lo solicitado se realizó el análisis de la documentación médico legal relacionada con la gestión de los datos de salud en general y en

particular por la Empresa en su Servicio Médico, elaborándose un informe el que se adjunta y al que nos remitimos para la resolución adoptada.

Sin perjuicio de lo expresado en el mismo, reiteramos que los datos relativos a la salud física o mental de los pacientes pueden ser recolectados y tratados por establecimientos sanitarios públicos o privados y por profesionales vinculados a la salud; siempre y cuando se respeten los principios del secreto profesional y las disposiciones en materia de protección de datos, o por razones de interés general autorizadas por Ley. Corresponden a los profesionales de la salud respecto a los datos de sus pacientes una larga lista de restricciones, que en todos los casos como lo dispone la ley N° 18.331 sólo pueden ser levantadas cuando medie el consentimiento expreso e informado de la persona.

El artículo 4º literal E) de la Ley Nº 18.331 califica a la información referente a la salud como un "dato sensible". En dicho aspecto la información sanitaria y, en consecuencia, la contenida en la historia clínica, forma parte de una base de datos protegida también por esta ley bajo la custodia de la institución médica actuante, en este caso el Servicio Médico de UTE.

Asimismo, esta ley en su artículo 11 establece que las personas que manejan las bases de datos "están obligadas a guardar estricto secreto profesional sobre los mismos (artículo 302 del Código Penal), cuando hayan sido recogidos de fuentes no accesibles al público." Estableciéndose que solo están excluidos del quebrantamiento del secreto cuando: "Lo previsto no será de aplicación en los casos de orden de la justicia competente, de acuerdo con las normas vigentes en esta materia o si mediare consentimiento del titular. Esta obligación subsistirá aún después de finalizada la relación con el responsable de la base de datos"

En lo que refiere a la comunicación o transferencia de información que se solicita, el Decreto reglamentario 414/009 en su Art. 14.-

establece que "la comunicación o la cesión de datos a terceros, solamente procede para el cumplimiento de los fines directamente relacionados con el interés legítimo del emisor y destinatario de ésta, previo consentimiento del titular de los datos a quien se le debe informar inequívocamente la finalidad de dicha comunicación, identificando al destinatario y el tipo de actividad que desarrolla."

En cuanto al ejercicio de presiones e intimidaciones sobre el personal profesional el Decreto 127/014 establece claramente la salvaguardia e independencia de su accionar a través de lo indicado por el **Artículo 7** que expresa: "**El personal que preste servicios de salud en el trabajo deberá gozar de plena independencia profesional y técnica, tanto respecto del empleador como de los trabajadores y sus representantes"**

Considerando que:

1. En lo solicitado no existe expresión de motivos, ni manifestación de causa justa para el quebrantamiento del secreto profesional.
2. No se requiere la comunicación y el consentimiento de los trabajadores implicados.
3. El jerarca solicitante no reviste las potestades de responsable de los datos de salud de la Empresa ante la URCDP y el MSP.
4. De accederse se sienta el precedente que el cuerpo gerencial, invocando razones genéricas de gestión, puede acceder a la esfera más íntima del trabajador: su mente, por lo que cae la privacidad en beneficio del interés de la Empresa, constituyéndose una flagrante violación a los derechos humanos.

Por lo expuesto dado las implicancias de la decisión a tomar se solicita el estudio e informe por la Asesoría Letrada de UTE, así como la notificación a la URCDP y el MSP.

Se expide el presente con copia al Sr. Presidente de UTE y al Sr. Presidente de AUTE por los hechos implicados y al Colegio Médico al efecto del ejercicio de lo establecido en el Código de Ética Médica."

En el informe adjunto se profundiza sobre los fundamentos y principios manejados. Así como, se analiza la estructura y el papel del Servicio de Salud Ocupacional y la Organización en el tema. El mismo lo desarrollamos en los siguientes apartados, por ser un ejercicio de interés para el profesional y las empresas.

4.11 Confidencialidad y Protección de Datos en Salud Laboral

ÍNDICE

La noción del secreto profesional la abordó el filósofo del derecho Rudolph Stambler, siguiendo a otro filósofo del derecho alemán Helmunt Kolhn. Para Rudolph Stambler "el secreto profesional es aquella actitud de reserva que recae sobre una cosa corporal o incorporal con el fin de proteger la intimidad del individuo" y por lo tanto "la intimidad es la autocontemplación del hombre en la privacía".[82] El secreto profesional por ello es una actitud de reserva.

El derecho a la intimidad, considerado, así como aquel fuero interno, aquella esfera que sólo compete a la persona humana, llamada como única a decidir si la comparte o no, y con quien, en donde el sigilo, la reserva y en última instancia el secreto profesional se constituye en la garantía del ejercicio de dicho derecho fundamental, universalmente reconocido.

---

[82] Citado y comentado por Fernando Guzmán Mora, MD. Cirujano Cardiovascular. Fundación Santa Fe de Bogotá. Presidente Nacional. Federación Médica Colombiana. Y Hernando Alvarez Mora Abogado, Abogado Litigante. Catedrático de Derecho Constitucional y Administrativo. Universidad Libre y Universidad Militar Nueva Granada. En "Los Rías del Ministerio de Salud una Violación Constitucional: La Violación del Secreto Profesional". Revista de Gastroenterología de Colombia: Volumen XV no.1, Comité Editorial

El derecho y el correlativo deber que se derivan de la prohibición de revelar el secreto profesional, tiene carácter formal en cuanto que, en principio, son indiferentes respecto a su contenido concreto. En realidad, lo amparado por el secreto no es tan significativo desde el punto de vista jurídico como la necesidad de que permanezca oculto para los demás.

Aquí se revela un aspecto específico del secreto profesional y que consiste en servir de garantía funcional a otros derechos fundamentales, entre los que se destaca el derecho a la intimidad, a la honra, al buen nombre, a la información, a la libertad, etc.

Es bastante común en el proceder médico cotidiano seguir aferrados a ciertas prácticas y costumbres equivocadas en el manejo de la información del paciente. Al respecto dice Guido Berro "Concretamente hoy vuelvo a referirme a la violación que casi a diario realizamos del secreto médico, y a veces creyendo que lo hacemos siguiendo prescripciones legales obligatorias como por ejemplo la denuncia de ciertos hechos conocidos profesionalmente sin ampararlos en el secreto médico. El Secreto Médico es sin duda una de las bases fundamentales de la profesión médica y debemos prestarle toda la atención. Es un derecho del paciente que solo él podrá relativizarlo con su expreso consentimiento."

El médico, los auxiliares médicos y el personal administrativo de las instituciones, los laboratoristas, los empleados, administrativos, auxiliares de servicio incluso, están obligados a guardar el secreto médico y si no lo hacen cometen el delito de revelación de secreto profesional, previsto en el artículo 302 del Código Penal.

No sólo el médico es el que está obligado a guardar secreto. Hoy asistimos al espectáculo en el cual la prestación de los servicios médicos se encuentra colectivizada, es una prestación corporativa a nivel público

y privado. [83]A nivel ocupacional, sin salir del concepto de Secreto Médico Derivado, en relación con el personal administrativo, de gestión, etc. de la empresa u organización; qué no son profesionales, surge el problema de la delimitación acerca del círculo de sujetos activos que pueden responder a través de él en concepto de autor. En el caso del Código Penal alemán, a través del parágrafo 203 se indica qué profesionales se ven afectados específicamente por la responsabilidad penal en caso de revelación de secretos de los clientes o pacientes respectivos. Ante la ausencia de la precisión específica, en el ámbito sanitario ocupacional, están afectados por el deber de secreto profesional aquellos que para ejercer su profesión requieren un título académico oficial cuya expedición y habilitación está reservada al Estado, la previa colegiación, y están sujetos a normas deontológicas e incluso colegiales disciplinarias: sin necesidad de titulación que habilite para el ejercicio, **está vinculado por un deber de sigilo y no de secreto de distinto alcance,** deber derivado de su oficio o de sus relaciones laborales, no de su profesión.[84]

El secreto médico es inherente al acto médico, es por ello automático (Adriasola)[85]. No requiere la solicitud del paciente o de parte. Opera de pleno derecho. La manifestación que debe existir es la del paciente para relevar el secreto médico. O sea, desde el momento que el médico entra en contacto con el paciente o desde el momento que el paciente ingresa a la institución ya está abarcado y amparado por el secreto. No se requiere pedido expreso, es tácito.

4.12 Normativa vigente

ÍNDICE


[83] Adriasola Gabriel. Secreto médico, encubrimiento y omisión de denuncia. Montevideo, Carlos Alvarez, 2011.

[84] Otero González, María Pilar. Justicia y secreto profesional. Editorial Universitaria Ramón Areces. Madrid. 2001, pág. 28 s.

[85] Adriasola Gabriel. Secreto médico, encubrimiento y omisión de denuncia. Montevideo: Carlos Alvarez, 2011.

El marco jurídico en nuestro país sobre el derecho de acceso a la información pública, se encuentra regulado por la Ley N° 18381 del 7 de noviembre de 2008. Cuyo artículo primero establece claramente el objetivo de la misma: promover la transparencia de la función administrativa de todo organismo público, sea o no estatal, y garantizar el derecho fundamental de las personas al acceso a la información pública. Que es un derecho básico, inherente a la personalidad humana, resultado de su génesis. Paralelamente, se ha reconocido el derecho a la protección de los datos personales como un derecho fundamental, consagrado por el legislador con la promulgación de la Ley N°18.331.

Del examen de la normativa vigente, se puede afirmar que el derecho a la protección de los datos personales está consagrado implícitamente ya en el artículo 72 de la constitución. En la discusión parlamentaria de la Ley de Datos Personales Nº 18.331, la Cámara de Representantes estableció que: "(…) El objetivo del presente proyecto de ley, consiste en reconocer legislativamente el derecho fundamental a la protección de datos personales reconocido en el artículo 72 de nuestra Constitución". Así mismo, en el proceso de este debate parlamentario se expresa: "se desprende de este artículo 72 que el derecho a la Protección de Datos Personales **es un derecho inherente a la persona humana**, **siendo por tanto un derecho fundamental con rango constitucional,** que debe ser tutelado y garantizado especialmente por el Estado. Expresándose en su Artículo 1º. "Derecho humano. - El derecho a la protección de datos personales es inherente a la persona humana, por lo que está comprendido en el artículo 72 de la Constitución de la República."

Y es particularmente en este punto en que el derecho del trabajador adquiere rango constitucional. Siguiendo a Ermida Uriarte y Barbagelata[86], el concepto que los derechos específicamente laborales o

[86] 3 Ermida Uriarte, Oscar, "Derechos humanos laborales en el derecho positivo uruguayo", en Barreto Ghione, Hugo, Investigación sobre la aplicación de los

simplemente derechos específicos se presentan ya con la constatación de que la Constitución impone un Derecho del trabajo tuitivo, sancionando expresamente la protección legal del trabajador. Así, en su Artículo 53 establece que: "El trabajo está bajo la protección especial de la ley". El primer derecho fundamental del trabajador es pues: **el derecho a la protección**. Lo que también ya se expresa por el texto del art. 7, en el que se establece que: "todos los habitantes de la República tienen derecho a ser protegidos en el goce de su vida, honor, libertad, seguridad, trabajo y propiedad." Que adquiere carácter de especificidad propia en el Artículo 54 en relación a la higiene física y moral, y el Artículo 67 y disposición adicional M en relación a la seguridad social.

Pero, el conjunto de derechos laborales reconocidos como derechos humanos en la Constitución, no se agota en los enumerados. Si se considera, que nuestra máxima norma jurídica contiene un dispositivo, por el cual, en materia de derechos fundamentales, su contenido implícito es aún mayor que el explícito, hecho admitido por distintos constitucionalistas. En efecto, el art. 72 de la Constitución nacional dispone que la enumeración de derechos contenida en la Constitución no excluye, sino que incluye a los otros, aún no enumerados y se debe considerar que sin duda son derechos fundamentales aquellos que la comunidad internacional ha reconocido como tales en los pactos, declaraciones y otros instrumentos internacionales de derechos humanos. De tal forma, se produce una remisión de la Constitución a las fuentes internacionales de derechos humanos, las que operan como fuente de integración del contenido abierto del art. 72. Así, las normas

---

principios y derechos fundamentales en el trabajo en Uruguay, Lima, OIT, 2006 (versión pdf). Barbagelata, Héctor-Hugo, Derecho del trabajo, 3a. ed., Montevideo, 2002, t. I, vol. 1, pp. 134 y 135; "El bloque de constitucionalidad de los derechos humanos laborales", Revista Derecho Laboral, Montevideo, t. XLVII, núm. 214, 2004, pp. 213 y ss.; "La renovación del nuevo derecho", XVII Jornadas uruguayas de Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social, Montevideo, 2006, vol. 2, pp. 11 y ss. (referido en el anterior trabajo), y El particularismo del derecho del trabajo y los derechos humanos laborales, Montevideo, Fundación Cultura Universitaria, 2009, p. 223.

expresas de la Constitución sobre derechos fundamentales, forman un "bloque de constitucionalidad" en materia de derechos humanos junto con las normas internacionales sobre la materia, en el que entrarían los derechos laborales y específicamente en el caso que se trata la salud y seguridad del trabajador. Lo que tiene relevancia para las resoluciones de organismos internacionales como la OIT, que trataremos más adelante. Desde el momento en que estos derechos fundamentales están reafirmados por principios o normas constitucionales, no son meros enunciados, constituyen derecho positivo pleno protegido por las normas de garantía de la Constitución.

De este modo, podemos afirmar que la salud y seguridad del trabajador y la subsecuente protección de la información relacionada, su confidencialidad, convergen en un cuerpo unitario indisoluble que es garantizado por la constitución y la normativa supranacional que relaciona el orden mundial. Lo que es complementado por la **Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados,** suscrita en Viena el 23 de mayo de 1969.

4.13 La protección de los datos de salud.

ÍNDICE


Con la promulgación de la Ley Nº 18.331 de fecha 16 de agosto de 2008 se estableció, como ya vimos, que el derecho a la protección de los datos personales es inherente a la persona humana (artículo 1º de la ley citada) y esta protección se aplica sin considerar el soporte en que se encuentren registrados los datos y Base de datos. Indistintamente, designa al conjunto organizado de datos personales que sean objeto de tratamiento o procesamiento, electrónico o no, cualquiera que fuere la modalidad de su formación, almacenamiento, organización o acceso (artículo 4 lit. A). Así como, la alusión a que ésta puede estar contenida en cualquier soporte, comprende el papel, dispositivos ópticos, dispositivos electrónicos, etc. modalidad de uso posterior (artículo 3º).

En este sentido, la Ley Nº 18.331 es conteste que los datos que se protegen son todos aquéllos que contengan "información de cualquier tipo referida a personas físicas o jurídicas determinadas o determinables" (artículo 4º, lit. D, ley cit.) **y remarcamos se definen a los datos personales como cualquier información concerniente a personas físicas identificadas o identificables.** Ahora bien, aun cuando la ley consagra una protección genérica a cualquier dato personal, se distingue en la misma, una categoría especial de datos que son fundamentalmente protegidos: **los datos sensibles (artículo. 4º lit. F).**

Como dato sensible se define por la ley, a aquel dato personal que revele origen racial y étnico, preferencias políticas, convicciones religiosas o morales, afiliación sindical e **informaciones relativas a la salud** o la vida sexual. (artículo. 4 lit. E)

Solo se admite la inclusión y/o el tratamiento de datos sensibles cuando se establece en el artículo 18 de la Ley Nº 18.331, entre otros ítems en su lit A) que: **medie el consentimiento expreso y escrito del titular y** en el numeral c) exista finalidad estadística o científica. Pero, en este caso la información deberá estar disociada del titular del dato, lo que se expresa en el lit. G) Disociación de datos: todo tratamiento de datos personales de manera que la información obtenida no pueda vincularse a persona determinada o determinable.

Específicamente en relación a los datos de salud el artículo 19 de la Ley Nº 18.331, establece la triple condicionalidad para el sector de la salud que: "Los establecimientos sanitarios públicos o privados y **los profesionales vinculados a las ciencias de la salud**, pueden recolectar y tratar los datos personales relativos a la salud física o mental de los pacientes que acudan a los mismos o que estén o hubieran estado bajo tratamiento de aquéllos, **respetando los principios del secreto profesional**, la normativa específica y lo establecido en la presente ley".

Del referido artículo 19 se puede concluir respecto al tratamiento que:

a) debe tratarse de establecimientos sanitarios o de,

b) profesionales vinculados a las ciencias de la salud

Antes de la aprobación del Sistema Nacional Integrado de Salud en nuestro país, era habitual que tanto en la esfera pública como privada trabajasen profesionales de la salud, sin que dichos establecimientos o actuaciones profesionales pudieran considerarse sanitarios. Por ende, comprendidos en lo preceptuado por el artículo 18 precitado, por ejemplo: Ministerios, Entes Autónomos y Servicios Descentralizados, Gobiernos Departamentales, etc. Pero esa situación ha desaparecido con la aprobación de la Ley Nº 18.211 por la que se crea el "Sistema Nacional Integrado de Salud" y de la Ley Nº 18.335 por la que se establecen los "Derechos y Obligaciones de Pacientes y Usuarios de los Servicios de Salud", que en el CAPITULO II DE LAS DEFINICIONES Artículo 3 establece: "Se considera servicio de salud a toda organización conformada por personas físicas o jurídicas, tales como instituciones, entidades, empresas, organismos públicos, privados -de carácter particular o colectivo- o de naturaleza mixta, que brinde prestaciones vinculadas a la salud. A lo que se suma el Decreto Nº 127/014 "Reglamentación de los Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo", que establece en el Capítulo I OBJETO, DEFINICIONES Y ÁMBITO DE APLICACIÓN Artículo 1**.- "**Con el objeto de promover la seguridad y salud de los trabajadores en los lugares de trabajo, es obligatoria la implementación de los Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo en las condiciones que se establecen en la presente reglamentación". Lo que se reafirma y universaliza, con la aprobación de la Ley del Código de Ética Médica, a todos los profesionales actuantes a través de los artículos del mismo 20.3. "Preservar la confidencialidad de los datos revelados por el paciente y asentados en historias clínicas, salvo autorización expresa del paciente" y 20.4**.** "Propiciar el respeto a la confidencialidad por parte de todos los trabajadores de la salud. De igual manera, participará en la educación a este respecto. Los registros informatizados deben estar adecuadamente protegidos."

4.14 La identidad legal de los servicios de salud en la Organización.

ÍNDICE


La existencia de Servicios de Salud Ocupacional en la empresa propios, es una situación de las varias que pueden presentarse en el ámbito de la gestión de la Salud Ocupacional, según el lugar y la normativa reguladora de que se trate. La externalización, la subcontratación u "outsourcing" es otra modalidad por la que la empresa contrata a otra, para que ésta lleve a cabo las tareas de Salud Ocupacional que podrían estar en manos de la primera. El caso que tratamos es el de una empresa que integra in totum los procesos de Salud Ocupacional. Particularmente, en lo que hace a la identidad jurídica del Servicio Médico de UTE, en concordancia con lo establecido en el precitado Artículo 3 de la Ley Nº 18.335, el Servicio Médico de UTE ha sido habilitado por el Ministerio de Salud Pública como servicio de salud. Habiendo dado cumplimiento a todos los requisitos reglamentarios establecidos, según luce en el expediente del MSP 1227/10 y como tal le es de recibo toda la normativa que rige el funcionamiento de los mismos. Siendo su función la gestión de salud del personal de la Empresa a través de distintas acciones y programas, dentro de los que se destacan entre otros la Atención Primaria del Trabajador y el programa de vigilancia y seguimiento epidemiológico de los trabajadores de la Organización. Como resultado de la aprobación de la Ley Nº 19.196 de responsabilidad penal empresarial ante accidentes de trabajo, que genera la necesidad de pautas más precisas que regulen la prevención del riesgo por accidentes laborales, la Administración instrumento la reglamentación del Convenio Internacional de Trabajo N° 161, Prevención y Salud Laboral, mediante el Decreto Nº 127/014 del 13 de mayo de 2014. En el mismo se establecen las disposiciones mínimas especificas propias obligatorias de los "Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo" (SPST), se prevé que deben cumplir sus funciones en cooperación con los demás servicios de la empresa y en especial con los delegados en los ámbitos de participación, establecidos por los decretos Nº 306/005 de 14 de setiembre de 2005 y Nº 291/007 de 13 de

agosto de 2007. Es decir, que se establece firme la "cooperación" de las instancias de participación del trabajador, lo que potencia colectivamente e individualmente sus derechos en los procesos del Servicio de Salud y particularmente el acceso a la información y a la guarda de la misma. Paralelamente, el Servicio de Salud en el Trabajo se halla en relación de dependencia jerárquica, con autoridades administrativas de diferentes sectores de la Empresa de la que forma parte, por lo cual debe resolver y dar tratamiento a la información que permanentemente se debe comunicar o transferir a terceros. Pero frente a esta compleja serie de interrelaciones el Decreto 127/014 establece claramente la salvaguardia e independencia de su accionar a través de lo indicado por el **Artículo 7** que expresa: "El personal que preste servicios de salud en el trabajo deberá gozar de plena independencia profesional y técnica, tanto respecto del empleador como de los trabajadores y sus representantes" Definiéndose en el **Artículo 5** las profesiones que quedan comprendidas por la normativa que rige el funcionamiento de los Servicios de Salud en el Trabajo y como tal el alcance del precedente artículo: "Los Servicios de Prevención y Salud en el Trabajo deberán ser multidisciplinarios. Las empresas con más de 300 trabajadores deberán contar con un servicio integrado al menos por un Médico y un Técnico Prevencionista o Tecnólogo en Salud Ocupacional, pudiendo ser complementado por Psicólogo y personal de Enfermería."

4.15 La gestión interna de los datos de salud de la Empresa.

ÍNDICE

Por lo expuesto, sin excepciones, el régimen aplicable a los trabajadores establecido por la Ley Nº 18.331 deberá dar cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 13 de la misma: "Cuando se recaben datos personales se deberá informar previamente a sus titulares en forma expresa, precisa e inequívoca como expresa en su lit. A) La finalidad para la que serán tratados y quienes pueden ser sus destinatarios o clase de destinatarios. Quedando exceptuado su consentimiento en el artículo 13

de la ley cuando en su lit. C dispone: "…se trate de datos personales relativos a la salud y sea necesario por razones de salud e higiene públicas, de emergencia o para la realización de estudios epidemiológicos, **en tanto se preserve la identidad de los titulares de los datos mediante mecanismos de disociación de la información, de modo que los titulares de los datos no sean identificables".**

En consecuencia y conforme a lo dispuesto en el artículo. 9º de la ley Nº 18.331 solo será lícito el tratamiento de datos personales, cuando el titular hubiere prestado su consentimiento libre, previo, expreso e informado. El que deberá documentarse, debiendo considerarse esta información de naturaleza confidencial, así como todo expediente o documento que la contenga.

En el caso de los Servicios de Salud, como lo es el servicio Médico de UTE, los profesionales de la salud además de las disposiciones que específicamente regulan su actividad y de lo referido al secreto profesional, tienen una regulación expresa respecto a las historias clínicas y a toda la documentación asociada. Así, en el Decreto Nº 396/003 en su artículo 9º, se establece que "de acuerdo al principio de finalidad, los datos consignados en la historia clínica no podrán ser usados en forma nominada para otros fines que no sean los asistenciales. **En su mérito los datos relativos a la salud de la persona se consideran personales y sensibles, por lo que no podrán ser objeto de tratamiento nominado alguno por medios informáticos o telemáticos, a menos que medie para ello expreso consentimiento informado del interesado"**.

En el artículo 11 del mencionado decreto se establece el principio de confidencialidad, el que obliga a tratar los datos relativos a la salud de la persona con la más absoluta reserva. A tal efecto la historia clínica deberá contar con **una estructuración que separe la información de identificación del titular del resto de los datos consignados.** Pudiendo asociarse ambas únicamente en el ámbito de la atención

médica del titular de la historia clínica. **Principio de disociación de los datos definido en la Ley Nº 18.331.**

En suma, corresponden a los profesionales de la salud respecto a la historia clínica y a los datos de sus pacientes una larga lista de restricciones, que en todos los casos como lo dispone la Ley Nº 18.331 sólo pueden ser levantadas cuando medie el consentimiento expreso e informado de la persona. En base a las definiciones establecidas por esta Ley, podemos deducir que la historia clínica laboral contiene datos personales y datos sensibles sobre el trabajador que se caracterizan por:

1. El titular de esos datos es sin duda el trabajador.
2. El empleador constituye un tercero a los efectos de la presente ley.
3. Los archivos médicos (ya sean de los Servicios de Salud Ocupacional de la propia Empresa o de Servicios de Salud Ocupacional contratados) constituyen bases de datos.

Llegados a este punto, podemos identificar el concepto central que dirime y establece la gestión de la información de salud sobre el paciente y en nuestro caso particular sobre la salud ocupacional; **la normativa sobre la propiedad, titularidad y la reserva de la historia clínica y en general sobre el dato de la salud, ordenado y sistematizado.** Siguiendo a Adriazola, si bien existen múltiples decretos y ordenanzas del MSP, este tema debe enfocarse hoy bajo las normas de la Ley Nº 18.335 de derechos del paciente y su decreto reglamentario **Decreto Nº 274/010** de 8 de setiembre de 2010, pero interpretadas en consonancia **con el artículo 220 del Código del Proceso Penal Ley Nº 15.032, actualizado en el nuevo Código del Proceso Penal Ley Nº 19293 en su artículo 151**. Así mismo, el artículo 18 lit. d) de la Ley Nº 18.335 resuelve definitivamente una vieja disputa y expresamente declara que **"la historia clínica es propiedad del paciente". Este elemento es clave porque define su carácter patrimonial con todas sus implicancias, donde el titular del mismo es el paciente, que en el ámbito laboral es el trabajador**. Situación que en otras latitudes la

concepción es la opuesta, podemos citar la normativa regional del Estado español, por ejemplo, el caso de la Ley 3/2001 de 28 de mayo, Reguladora del Consentimiento Informado y de las Historias Clínicas del paciente (Galicia), donde se desarrolla con claridad este tema. En su art. 18 dice que: "las historias clínicas son documentos confidenciales propiedad de la Administración Sanitaria o entidad titular del centro sanitario cuando el médico trabaje por cuenta y bajo la dependencia de una institución sanitaria". En caso contrario, la propiedad corresponde al médico que realiza la atención sanitaria.[87]

La normativa nacional señalada en la Ley Nº 18.335 es clara y expresa, establece que la historia clínica será reservada y que "El revelar su contenido, sin que fuere necesario para el tratamiento o mediare orden judicial…hará pasible del delito previsto en el artículo 302 del Código Penal". Esta norma, confirma que el contenido de la historia clínica integra el secreto profesional médico, debido a la expresa remisión al artículo 302 del Código Penal. Es decir, se penaliza el no acatamiento de la reserva por parte del profesional de la salud y subsiguientemente por quien en el ámbito laboral se apropie de la información de salud del trabajador.

4.16 Normas internacionales de la protección de los datos de salud del trabajador. OIT.

ÍNDICE

Como mencionamos anteriormente, las normas internacionales sobre la materia son expresas en el caso de la protección de los datos de salud del trabajador. La Organización Internacional del Trabajo, en el repertorio de recomendaciones prácticas adoptado por la Reunión de expertos sobre la protección de la vida privada de los trabajadores de la OIT, efectuada en Ginebra del 1 al 7 de octubre de 1996, en cumplimiento de una decisión tomada por el Consejo de Administración

[87] Sustituida por la Ley 3/2005, del 7 de marzo de 2005, modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo de 2001, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes. DIARIO OFICIAL DE GALICIA No 55. 4.760

de la OIT en su reunión 264 (noviembre de 1995)[88], trató particularmente los aspectos específicos relacionados con la salud del trabajador. Siendo nuestro Estado signatario de las resoluciones y derechos adoptados, estos derechos en concordancia con lo expresado por la Constitución uruguaya, a través del art. 72 son fuentes de derecho a ser consideradas para el caso.

Para la OIT sólo deberían recabarse, gestionarse y tratarse datos médicos de conformidad con la legislación nacional, el respeto del secreto médico y los principios generales de la salud y seguridad en el trabajo, únicamente y expresamente cuando se precisen para:

a) determinar si el trabajador puede ocupar un puesto de trabajo específico;

b) cumplir con los requisitos en materia de salud y seguridad en el trabajo;

c) determinar el derecho a prestaciones sociales y su disfrute.

El repertorio restringe el acopio de datos médicos, a los que sean necesarios para determinar si el trabajador es apto para determinado puesto de trabajo, puede cumplir las normas en materia de seguridad y de salud en el trabajo y pueda tener derecho a prestaciones sociales.

Sobre la conservación y la comunicación de datos médicos, se mencionan asimismo el Convenio núm. 161 y la Recomendación núm. 171 sobre los servicios de salud en el trabajo, 1985. Esta en el subpárrafo 1 del párrafo 14 [89]especifica que:

---

[88] Oficina Internacional del Trabajo. Protección de los datos personales de los trabajadores. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT. Ginebra, Primera edición 1997.

[89] R171 - Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, Organización Internacional del Trabajo (núm. 171) 1985. En línea: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55

"Los servicios de salud en el trabajo deberían consignar los datos relativos a la salud de los trabajadores en expedientes de salud personales y confidenciales".

Para la OIT los datos personales protegidos por el secreto médico sólo deberían ser conservados por un personal obligado por este secreto y guardarse, aislarse, cualquiera sea su soporte, papel, electrónico o de otro tipo, separadamente de todos los demás datos personales del trabajador. Debiendo estar su custodia y conservación confiada de modo exclusivo a personal especializado y obligado a guardar secreto médico. Se consigna a título expreso en la sección 6.7, para evitar una interpretación inadecuada, que la referencia a datos médicos sólo es aplicable a los datos acopiados por personas que respeten las reglas de confidencialidad médica, es decir que caen bajo la normativa expresa.

Específicamente para la OIT en el caso de los exámenes médicos, ocupacionales o controles, sólo deberían comunicarse al empleador las conclusiones que guarden relación con la decisión de que se trate relativa al empleo específico.

Esta comunicación de datos personales de salud no debería contener información de naturaleza médica; podrían, cuando corresponda, indicar aptitud para desempeñar la tarea propuesta, o especificar los tipos y condiciones de trabajo que, temporaria o permanentemente, estén contraindicados. Se requieren reglas especiales en el caso de datos de salud. Las disposiciones del repertorio, reflejan al respecto las propuestas incluidas en la Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo de la OIT y es más estricta en la reserva de la información. Específicamente, en lo que se refiere a los datos de salud, la Recomendación núm. 171 de la OIT en el párrafo 14 de la Recomendación sobre los servicios de salud en el trabajo, dice que:

_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,es,R171,%2FDocument . Consultado el 25 de setiembre de 2014.

“----------

2) El personal que preste servicios de salud en el trabajo sólo debería tener acceso a los expedientes de salud, si la información contenida en ellos tiene relación con el cumplimiento de sus funciones. Cuando los expedientes contengan información personal de carácter médico confidencial, este acceso debe limitarse al personal médico.

3) Los datos personales relativos a la evaluación del estado de salud sólo deberían comunicarse a terceros previo consentimiento del trabajador, debidamente informado.”

Y en el párrafo 16:

“1) Al término de un examen médico prescrito para determinar la aptitud de un trabajador para un puesto de trabajo, que entraña exposición a un riesgo determinado, el médico que lo haya realizado debería comunicar sus conclusiones por escrito al trabajador y al empleador.

2) Esta comunicación no debería contener indicación alguna de índole médica. Según los casos, podría indicar que el trabajador es apto para el puesto de trabajo previsto o bien especificar los tipos de trabajo y las condiciones de trabajo que le estén contraindicados, temporal o permanentemente, desde el punto de vista médico.”

Se especifica que los peligros y riesgos, que pueden afectar los datos de salud del trabajador, no se limitan a los datos en sí solamente, sino que abarca también al contexto en que éstos se mencionan, cuando se realiza su procesamiento informático. El párrafo 15 de la Recomendación número 171 sobre los servicios de salud en el trabajo expresa que:

“La legislación nacional, la autoridad competente o la práctica nacional basada en pautas de ética reconocidas deberían prescribir las condiciones y el período de conservación de los expedientes personales de salud, las condiciones relativas a la transmisión y comunicación de tales expedientes, y las medidas necesarias para preservar su carácter confidencial, en

particular cuando las informaciones que contienen se hallen registradas en una computadora."

Se reafirma plenamente el derecho general del trabajador de saber y de tener acceso a todos los datos personales propios, específicamente a los datos de salud. Puesto que se trata de datos sensibles, para la OIT el trabajador puede solicitar la asistencia de un profesional de la salud.

En lo relativo a los profesionales de la salud y la historia clínica laboral la OIT aconseja en su Recomendación 8.2[90] que: "Los datos personales protegidos por el secreto médico, solo deberían ser conservados por un personal obligado por este secreto y guardarse separadamente de todos los demás datos personales." Lo que es conteste con la gestión exclusiva de los mismos, cuando en lo atinente a la comunicación de los datos **en la Recomendación 10.7 establece que: "Debería prohibirse toda interconexión de ficheros que contengan datos personales**".

Para, finalmente establecer el carácter de la naturaleza de la comunicación de la información a terceros en la Recomendación 10.8, la que dispone que: "en el caso de los exámenes médicos, solo deberían comunicarse al empleador las conclusiones, que guarden relación con la decisión de que se trate relativa a su empleo" y que "**estas conclusiones, no deberían contener información de naturaleza médica**; podrían cuando corresponda, indicar aptitud para desempeñar la tarea propuesta, o especificar los tipos y condiciones de trabajo que temporaria o permanentemente, estén contraindicados."

Desde el punto de vista del derecho comparado la Directiva 95/46/CE[91] es el texto de referencia, a escala europea, en materia de

[90] Oficina Internacional del Trabajo. Protección de los datos personales de los trabajadores. Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT, Ginebra, Primera edición 1997.

[91] Directiva 95/46/CE del parlamento europeo y del consejo de 24 de octubre de 1995 relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos. En

protección de datos personales. Crea un marco regulador, destinado a establecer un equilibrio entre un nivel elevado de protección de la vida privada de las personas y la libre circulación de datos personales, dentro de la Unión Europea (UE). Se fijan límites estrictos para la recolección y utilización de los datos personales, así como se solicita que cada Estado miembro cree un organismo nacional independiente, encargado de la protección de los mencionados datos. En el artículo 8.3 de la Directiva 95/46/CE[92], en relación con los datos relativos a la salud, se establece que:

"El apartado 1 no se aplicará cuando el tratamiento de datos resulte necesario para la prevención o para el diagnóstico médicos, la prestación de asistencia sanitaria o tratamiento médicos o la gestión de servicios sanitarios, siempre que dicho tratamiento de datos sea realizado por un profesional sanitario, sujeto al secreto profesional, sea en virtud de la legislación nacional o de las normas establecidas por las autoridades nacionales competentes, o por otra persona sujeta asimismo a una obligación equivalente de secreto."

Específicamente, en relación a los datos de salud, la Directiva vigente en la Comunidad Económica Europea opta por el criterio de la gestión de los mismos. Pero es objeto de tratamiento especial, es decir, que no entra dentro del régimen de todos los demás datos personales. Esta norma establece que el tratamiento de datos que refiere a la enfermedad y la salud, debe ser realizado por un profesional sanitario sujeto al secreto profesional, sea en virtud de la legislación nacional o de las normas establecidas por los organismos competentes o por persona sujeta a la obligación de secreto. Por lo tanto, se sacan los datos de salud del régimen general de protección de datos personales para agregarle un mayor grado de exigencia. Y es que esos datos sean tratados por un profesional de la salud o por quien sin serlo (personal paramédico, etc.)

---

https://www.acave.travel/sites/default/files/comunitario-Directiva%2095-46-CE.pdf. Consultada el 25 de setiembre de 2014.

[92] Ibídem pág. 12.

esté obligado por normas nacionales o institucionales, al secreto de las actuaciones que maneja. Es decir, es vinculante al secreto profesional y en última instancia al secreto médico.

La Constitución Española (art. 18.1) ampara el derecho a la intimidad. De este modo, según el artículo 199.2 del Código Penal, la vulneración del secreto profesional es un delito, excepto en los casos del deber de denuncia de hechos delictivos y en la declaración como testigo o perito en un procedimiento judicial. Pero incluso en estos casos, según el artículo 24.2 de la Constitución, "la ley regulará los casos en que, por razón de parentesco o de secreto profesional, no se estará obligado a declarar sobre hechos presuntamente delictivos".

4.17 La gestión de la Empresa y la protección de datos de salud.

ÍNDICE

Toda empresa a nivel nacional debe cumplir, en primer término, con la normativa que rige la prevención y vigilancia de la salud del trabajador. Sucedáneamente, diferentes procesos de gestión de la misma requieren información de la salud de sus trabajadores. En el primer caso el Servicio de Salud debe intervenir en el examen del trabajador, de acuerdo a la normativa que se enumera:

1. Ley Nº 16.074 Cap. IV[93]

ART. 43. "Serán obligatorios los exámenes preventivos de acuerdo al riesgo laboral: los preocupacionales clínicos y paraclínicos específicos y paraclínicos específicos, los periódicos para los ya ingresados al trabajo,

[93] Ley N° 16074 Regulaciones de los seguros sobre accidentes de trabajo y enfermedades profesionales Publicación: 17/01/1990.Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo: 1. Semestre: 2. Año: 1989. Página: 464. IMPO. Normativas y avisos legales del Uruguay.

así como cualesquiera otros que determine el Poder Ejecutivo por vía de reglamentación de las leyes sobre prevención de enfermedades profesionales.”

2. **Decreto Nº 406/88[94] Título IV Cap. 1**

Art. 2. “Aquellos lugares de trabajo donde los trabajadores se encuentren potencialmente expuestos a riesgos higiénicos por agentes químicos, físicos o biológicos deberán ser sometidos a controles sistemáticos periódicos, del medio ambiente”

Art. 3. “Todos los trabajadores expuestos a factores de riesgos ya sean químicos, físicos, biológicos y ergonómicos deben ser sometidos a controles médicos al ingreso, periódicos específicos, de retorno al trabajo y al egreso, de acuerdo a las normas establecidas por la autoridad competente”

3. **Decreto Nº 651/90**

Art. 6. “Al Carné de Salud con los exámenes puestos en la ficha médica básica, se le incorporan los exámenes específicos que correspondieran según el tipo de actividad laboral, deportiva u otra con la periodicidad que determinen los riesgos a que están expuestos quienes los solicitaren, normatizados por el Ministerio de Salud Pública.”

Dichos exámenes, dependiendo del rubro de actividad en el que se desarrolla la empresa podrán incluir desde exámenes médicos clínicos (anamnesis y examen físico) hasta paraclínica compleja (radiografías, electroencefalogramas, funcionales respiratorios, determinación de inmunoglobulinas, etc.).

---

[94]Decreto N° 406/988. Reglamento de seguridad e higiene ocupacional. Seguridad Laboral. Promulgación: 03/06/1988. Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo1. Semestre 1. Año: 1988. Página: 521. IMPO. Normativas y avisos legales del Uruguay.

Los datos obtenidos se documentan en la historia clínico laboral, la cual al igual que las historias clínicas asistenciales, cuenta con los datos patronímicos, antecedentes familiares, antecedentes personales, anamnesis, examen clínico, exámenes paraclínicos (orientados al puesto de trabajo a desarrollar) diagnósticos y tratamientos a desarrollar; agregándose los antecedentes laborales y los estudios del puesto de trabajo.

4.18 La interrelación con los procesos de gestión de la Empresa.

ÍNDICE

En los procesos de gestión de la Empresa la misma requiere información de la salud de sus trabajadores. El proceso de intervención del Servicio de Salud Laboral se debe dar en concordancia con las siguientes pautas:

1. En los casos de exámenes de ingreso y exámenes periódicos psicofísicos, estudios paraclínicos, control ocasional o por razones de seguimiento, el profesional actuante encargado de realizar el examen del trabajador previo a realizar el mismo, deberá informar al aspirante o funcionario de los objetivos del examen, los estudios a realizar y del dictamen al que se puede llegar, que podrá ser para casos de ingresos y chequeos, apto total, parcial o inapto para el puesto laboral propuesto, en desempeño o tarea específica a realizar y en los casos de paraclínica, con observación o sin observación. Debiéndose indicar ante la presencia de alteraciones del estado de salud la consulta con médico tratante. Se realizará la devolución diagnostica al trabajador en forma clara y concisa asegurándose de su cabal comprensión.
2. Todo lo actuado se registrará y pasará a formar parte de su historia medico laboral. Se solicitará la firma de la **Declaración Jurada** de antecedentes psicofísicos previos y el consentimiento por el trabajador del registro clínico del examen efectuado, para su incorporación a su historia médica laboral, de

no contar con la firma de este se dejará constancia por el profesional actuante, archivándose la documentación aislada y bajo protección con acceso por personal autorizado.

3. En los casos que se diere la atención de enfermos siquiátricos se aplicarán los criterios dispuestos en la Ley de Salud Mental N° 19529 del 24 de agosto de 2017, y las reglamentaciones que en materia de atención a la salud mental dicte el Ministerio de Salud Pública.

4. Se deberá guardar reserva sobre el contenido de la historia clínica y no podrá ser revelado a menos que fuere necesario para el tratamiento del paciente por el Servicio de Salud tratante o mediare orden judicial o conforme a lo dispuesto por el Artículo 19 de la Ley Nº 18.335[95].

5. Independientemente de que el Servicio de Salud sea propio de la Empresa o se trate de un Servicio de Salud contratado, al empleador o a la Unidad funcional de la Empresa se le entregará un Informe Técnico, donde conste la aptitud total, parcial o inaptitud para el puesto laboral o tarea específica a desempeñar. En el caso de los resultados de exámenes paraclínicos, si presentan observaciones o no sin aclaración de la causa. No se formulará en ningún caso expresión de la causa de la aptitud o de la observación. No se debe entregar copia de la historia clínica, ni resultados paraclínicos total o parciales al empleador o a la Unidad funcional de la Empresa. La historia clínica es reservada y sólo podrán acceder a la misma:

a) Los responsables de la atención a la salud del paciente y el personal administrativo exclusivamente vinculado a dicha atención incluyendo, en las hipótesis a que refiere el literal D

[95] Ley N° 18335.Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Promulgación: 15/08/2008. Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo 1. Semestre 2. Año: 2008. Página: 449. IMPO. Normativas y avisos legales del Uruguay.

del Artículo 51 de la Ley Nº 18.211[96], a los del Fondo Nacional de Recursos y el BPS en el proceso de trámite jubilatorio por incapacidad. En este caso su historia clínica, rotulada como reservada, debe ser directamente enviada al instituto previsional.

b) El paciente o las personas que sean por él autorizadas.

c) El representante legal del paciente declarado judicialmente incapaz.

d) En los casos de incapacidad o de manifiesta imposibilidad del paciente, su cónyuge, concubino o el pariente más próximo.

e) El Ministerio de Salud Pública incluyendo la Junta Nacional de Salud cuando lo consideren pertinente.

6. Conservación y custodia de la documentación de salud del trabajador. El Servicio de Salud Laboral deberá conservar y custodiar las historias clínicas, así como toda la documentación de salud asociada de los trabajadores de la Empresa, sin alterarlas ni destruirlas, de acuerdo a los requisitos y procedimientos establecidos por las disposiciones vigentes.

7. Certificaciones y Juntas Médicas. El diagnóstico es un elemento comprendido en el secreto médico y por tanto el médico está obligado a no divulgarlo a nadie so pena de cometer delito" (art. 302 del Código Penal)[97]. El SMU sostiene que sólo

---

[96] Ley N° 18211.Creación del sistema Nacional Integrado de salud. Promulgación: 05/12/2007.Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo 2. Semestre 2 Año 2007. Página 1369. IMPO. Normativas y avisos legales del Uruguay.

[97] Código Penal N° 9155, Art. 302. Aprobado por Ley N° 9.155. Modificado por Ley N° 15903. Rendición de cuentas y balance de ejecución presupuestal. Ejercicio 1986. Promulgación: 10/11/1987. Registro Nacional de Leyes y Decretos: Tomo

se puede informar del diagnóstico en casos excepcionales previstos por la ley. Y en función de ello, "el médico está impedido de consignar públicamente el diagnóstico, y no puede ser obligado a ello por su empleador en tanto este último no puede obligarlo a cometer delito" .Frente a lo expuesto la Junta Nacional de Salud en su Resolución N° 48 estableció que: "entiende que, a los efectos de otorgar mayores garantías al procedimiento de certificación, es pertinente restringir el número de intervenciones por parte del personal del prestador, asegurando de ese modo la confidencialidad de la de la información." Por lo que se dispone "1°) Que en todo lo atinente al procedimiento de certificación laboral, en cada institución debe intervenir exclusivamente el personal de Registros Médicos, el que será responsable de remitir la información al Banco de Previsión Social de acuerdo al Sistema Nacional de Certificación Laboral, asegurando la debida reserva en cuanto a los datos consignados en el documento." Por lo expuesto quienes tienen acceso a esa información del paciente (incluido su diagnóstico y hasta tratamiento recomendado) son el equipo médico de la mutualista y los funcionarios del BPS que están afectados a la tarea, y lo deben manejar con reserva, no está incluido que el empleador tenga acceso al diagnóstico y tratamiento del paciente, solo debe acceder al portal de BPS en Internet a los efectos de constatar los días de ausencia.

En el caso de UTE era responsabilidad de la Jefatura del funcionario respecto a la documentación de certificación médica. Según el instructivo Procedimiento de ingreso de licencia médica Montevideo: "La Jefatura será responsable por gestionar los certificados médicos a presentar por los/las funcionarios/as, es

1. Semestre 2. Año 1987. Página: 658. IMPO. Normativas y avisos legales del Uruguay.

decir, es responsable de: solicitarlo al personal, verificar que esté completo y que no tenga enmiendas, roturas o señales de adulteración, cargar la información al sistema, archivar el certificado, presentarlo ante la solicitud de Medicina Laboral, Control de Personal, Auditoría, etc.". Es decir, personal administrativo de todas las Unidades de la Empresa tenían conocimiento del diagnóstico clínico médico de sus trabajadores. El cual cargaban en una base de datos y procedían a archivar en conjunto con la documentación de asistencia (PMI) de libre acceso. Por este mecanismo se destruía el secreto y la confidencialidad de la información de un dato sensible: la salud del trabajador. Pero más allá se expresaba: "Autorización a gestionar datos para certificación laboral (formulario BPS).

A los efectos de ser certificados, los/las funcionarios/as deberán presentar el certificado de BPS con su firma en el apartado "Autorización", de forma de prestar su autorización para gestionar los datos para certificación laboral.

Si un/a funcionario/a se negara a firmarlo, no se le podrá gestionar la licencia por razones médicas al carecer de su autorización para gestionar los datos." Es decir, expresamente se forzaba al paciente a ceder su derecho a la confidencialidad sobre su salud bajo, primariamente sanción monetaria y sucedáneamente sumarial con posible destitución. Esta modalidad de certificación fue adoptada sin ser consultada la Dirección Técnica de los Servicios de Salud de la Empresa y consideramos en su momento que debía ser rectificada, con acatamiento de la normativa vigente. En el caso específico del procedimiento de Juntas Médicas, lo que requiere el decisor es la información de salud que se relaciona con un acto administrativo específico y el tribunal debe elevar un juicio que pueda establecer la relación del acto con la salud del trabajador o no, prescindiendo de comunicar cualquier otra información diagnóstica clínica, paraclínica, etc., del paciente sin su

autorización. La documentación y el texto de la Junta Médica debe quedar en reserva e incorporada a la historia médico laboral del funcionario.

8. Ante solicitudes provenientes de las jerarquías de la Institución, respecto a datos estadísticos sobre las patologías padecidas por los funcionarios, el Servicio Médico debe proporcionar la información en forma disociada, de manera de preservar la identidad de los titulares de los datos.

Aplicando el principio de finalidad, la Organización tiene como objetivo último, para conocer la situación de salud del trabajador, el tener claramente conocimiento tanto cuantitativamente como cualitativamente de **la fuerza de trabajo de que dispone**. Y específicamente **si un trabajador puede trabajar o no**, así como que tipo de tarea según su situación psicofísica y estado de salud puede realizar. Es decir, el empleador requiere la aptitud total, parcial, relativa, etc., del trabajador; pero no el conocimiento de la situación de salud que determina esa actitud. La que solo debe obrar en conocimiento del Servicio de Salud y de los profesionales actuantes, que si la liberaran de por sí a la sentencia, más allá de la responsabilidad médico legal, la misma no sería válida por otorgar más de lo solicitado, técnicamente es una “supra pedita”.

En suma, los datos de salud del trabajador ante cualquier requerimiento de información, tácito por los procesos de gestión o expreso por ocasión, deben ser sometidos a análisis y modificación por los responsables del Servicio de Salud. Transfiriendo o comunicando solamente la información generada que pueda ser funcional a cada sector de la Empresa. Guardando la confidencialidad y si se requiere el levantamiento de la misma se deberá tener la anuencia del paciente. Sin duda, es necesario realizar la armonización de la legislación y de los requisitos de la Organización, que solo se logra a través del conocimiento del arte.

CONCLUSIONES

ÍNDICE


Hemos descripto a lo largo de las páginas de este trabajo más de un siglo de hechos, situaciones, momentos y personas, que animaron un Servicio de Salud Ocupacional en una Empresa. Desde el inicio ha estado presente el temple y esfuerzo de los emprendedores, que han tenido que enfrentar dificultades que han sorteado con el ingenio y la creatividad. A lo largo del siglo XX han afrontado dos conflictos mundiales, varias depresiones económicas y sus consecuentes crisis sociales. Con un punto de inicio en el comienzo de la expansión de la revolución industrial al inicio de este siglo, han tenido que desembarcar en la "revolución tecnotrónica" y navegar en el siglo XXI en el océano de la globalización. El ser innovadores los ha hecho caminar en no pocas veces en las arenas del desierto, al amparo tan solo quizá de la sombra de la acacia. Su obra es la plena existencia viva de un Servicio de Salud en el comienzo del siglo XXI.

Dr. Damaso Tor

ANEXO 1

ÍNDICE 

PROCEDIMIENTO: Realización de Evaluaciones de Salud Ocupacional Juntas Médicas	Código: Versión: 3 Vigencia: 13/12/2002 Páginas: 3

OBJETIVO

Establecer los pasos a seguir para la realización de la evaluación de salud ocupacional modalidad Junta Médica.

ALCANCE

Este procedimiento es aplicable a todos los funcionarios de UTE que generen cualquiera de las causales siguientes:

Causal administrativa: una de ellas surge del control realizado por el médico certificador en los casos de funcionarios que alcanzaron la séptima solicitud de licencia médica en el año y que analizada la situación corresponda la realización de una Junta Médica. Otras causales administrativas son la acumulación de 90 días de licencia médica continuada o 180 días de licencia médica discontinuada.

Causal técnica de salud: cuando a juicio de los profesionales de la Sub Gerencia de Medicina Laboral previo visto bueno del Sub Gerente de Medicina Laboral, o de quien éste designe a tales efectos, se considere pertinente realizar Junta Médica a un funcionario.

O a solicitud de parte: cuando la realización de la Junta Médica sea solicitada por el Jefe inmediato superior, o por el propio funcionario cuando entienda necesario un dictamen de la Sub Gerencia de Medicina Laboral de aptitud laboral.

RESPONSABILIDADES

Es responsable de este Procedimiento la Sub Gerencia de Medicina Laboral.

DESARROLLO

Acción	Responsable	Descripción
10	Médico Coordinador de Juntas Médicas	Recepcionar la solicitud de realización de Junta Médica derivada de cualquiera de sus modalidades de causal.
20	Médico Coordinador de Juntas Médicas	Verificar que esté debidamente argumentada la causal de generación.
30	Médico Coordinador de Juntas Médicas	Entregar los antecedentes al Sub Gerente de Medicina Laboral.
40	Sub Gerente de Medicina Laboral	Dictaminar si corresponde o no realizar la Junta Médica. ¿Corresponde iniciar procedimiento de Junta Médica? No: Continuar en acción 340 SI: Continuar en acción 50
50	Sub Gerente de Medicina Laboral	Asignar numeración correlativa al trámite de Junta Médica.
60	Sub Gerente de Medicina Laboral	Designar de acuerdo a los recursos humanos disponibles los profesionales y el responsable del equipo encargado de recolectar información para la realización de la Junta Médica.
70	Equipo de Profesionales	Definir la metodología para la obtención, análisis y evaluación de toda la información necesaria.
80	Responsable del Equipo de Profesionales	Determinar la fecha de citación del funcionario.
90	Responsable del Equipo de Profesionales	Enviar la citación del funcionario al Jefe inmediato mediante formato de correo outlook desde el usuario de Medicina Laboral.

100	Responsable del Equipo de Profesionales	Recabar del Jefe inmediato del funcionario las tareas desempeñadas por éste y el grado de conformidad con las mismas.
110	Equipo de Profesionales	Evaluar la situación clínica actual del funcionario. ¿Se requiere algún tipo de información adicional? NO: Continuar en acción 130 SI: Continuar en acción 120
120	Responsable del Equipo de Profesionales	Solicitar ampliación de informes de los profesionales de la salud tratantes y de todos los actores que puedan aportar información al procedimiento.
130	Equipo de Profesionales	Registrar lo actuado utilizando la planilla de registro para Juntas Médicas. Completando la información recabada hasta el momento.
140	Responsable del Equipo de Profesionales	Comunicar lo actuado al Sub Gerente de Medicina Laboral.
150	Sub Gerente de Medicina Laboral	Fijar la fecha de realización de la Junta Médica.
160	Sub Gerente de Medicina Laboral	Designar los profesionales que integrarán la Junta Médica.
170	Sub Gerente de Medicina Laboral	Convocar la Junta Médica.
180	Integrantes de la Junta Médica	Resolver acerca del caso del funcionario una vez estudiada toda la información.
190	Integrantes de la Junta Médica	Comunicar lo resuelto al Subgerente de Medicina Laboral.
200	Sub Gerente de Medicina Laboral	Elevar antecedentes de lo actuado hasta el momento a la División RR.HH.
210	Gerente de División RR. HH	Comunicar al funcionario lo resuelto por la Junta Médica. ¿El funcionario presenta información adicional dentro de los cinco días

		hábiles siguientes a ser informado de la resolución? No: Continuar en acción 290 Si: Continuar en acción 220
220	Gerente de División RR. HH	Enviar la información complementaria presentada por el funcionario a la Subgerencia de Medicina Laboral.
230	Sub Gerente de Medicina Laboral	Recepcionar la información complementaria presentada por el funcionario.
240	Sub Gerente de Medicina Laboral	Convocar a Junta Médica nuevamente. ¿Se mantienen los integrantes de la Junta Médica? NO: Continuar en acción 250 SI: Continuar en acción 260
250	Sub Gerente de Medicina Laboral	Designar los profesionales que integrarán la Junta Médica.
260	Sub Gerente de Medicina Laboral	Entregar la información complementaria proporcionada por el funcionario a los profesionales integrantes de la Junta Médica.
270	Integrantes de la Junta Médica	Analizar la información y/o documentación complementaria proporcionada por el funcionario.
280	Integrantes de la Junta Médica	Someter a revisión el caso del funcionario.
290	Integrantes de la Junta Médica	Registrar lo actuado en el Formulario de Juntas Médicas, en la historia clínica del funcionario y en la base de datos de Juntas Médicas que es mantenida por la Subgerencia de Medicina Laboral.
300	Integrantes de la Junta Médica	Comunicar resultado de las actuaciones al Subgerente de Medicina Laboral.
310	Sub Gerente de Medicina Laboral	Comunicar resolución final de la Junta Médica al Gerente de División RR.HH.
320	Gerente de División RR. HH	Comunicar al funcionario y a su Jefe inmediato la resolución final adoptada por la Junta Médica.

330	Gerente de División RR. HH	Promover todas aquellas actuaciones que sean requeridas como consecuencia de lo resuelto por la Junta Médica.
340		FIN DEL PROCEDIMIENTO

ANEXO II

ÍNDICE 

PLAN DE SALUD OCUPACIONAL DE LAS USINAS Y TRASMISIONES ELÉCTRICAS DEL ESTADO

PROGRAMA DE MEDICINA PREVENTIVA Y DEL TRABAJO

Subprograma Planta de Impregnación de Maderas Forestal Bonete

1. **Definición.** Es el diagnóstico, planeación, organización, ejecución y evaluación de las actividades tendientes a preservar, mantener y mejorar la salud individual y colectiva de los trabajadores de la Planta de Impregnación de Maderas FORESTAL BONETE en sus ocupaciones y que debe ser desarrollada en su sitio de trabajo en forma integral he interdisciplinaria.

   Se integran las actividades preventivas y de promoción y control de la salud, buscando garantizar óptimas condiciones de bienestar físico, mental y social de los trabajadores de Planta de Impregnación de Maderas FORESTAL BONETE. Las acciones de este programa se apoyan y complementan con las de los otros programas del Plan de salud Ocupacional.

2. **Ámbito de desempeño.** Comprende al 100% de los trabajadores vinculados laboralmente a la Planta de Impregnación de Maderas FORESTAL BONETE.
3. **Objetivos**

3.1 Mejorar y mantener las condiciones generales de salud y calidad de vida de los trabajadores.

3.2 Realizar el diagnóstico del estado de salud de la población trabajadora, a nivel de enfermedad profesional y enfermedad de comunidad en la Planta de Impregnación de Maderas FORESTAL BONETE.

3.3 Orientar la realización de exámenes clínicos y paraclínicos dirigido al tipo de riesgo incluyendo particularmente el atribuible a factores toxicológicos.

3.4 Desarrollar acciones de prevención y control de enfermedades, tanto profesionales como comunes.

3.5 Comprobar la efectividad de las medidas de control e identificar factores de riesgo para realizar los ajustes pertinentes.

3.6 Determinar y establecer la necesidad de los sistemas de riesgo y análisis para el óptimo desarrollo del Subprograma Planta de Impregnación de Maderas FORESTAL BONETE.

3.7 Análisis, control del ausentismo y pérdida de tiempo laboral por causas médicas.

3.8 Asegurar la adecuada prestación de servicios de emergencia y primeros auxilios en casos de accidente o enfermedad súbita en el ámbito laboral.

3.9 Prestar a la Gerencia de dependencia asesoría especializada integral en Salud Ocupacional en el campo administrativo y operativo.

4. Actividades

4.1 Ejecución de las acciones para la prevención, detección y control de enfermedades relacionadas o agravadas por el trabajo.

4.2 En cumplimiento de la Legislación vigente en Salud Ocupacional, el Subprograma Planta de Impregnación de Maderas FORESTAL BONETE, realizará de acuerdo con las

condiciones de exposición del trabajador a los factores de riesgo en su ambiente laboral los exámenes de:

4.2.1. Evaluación psicofísica de ingreso.
4.2.2. Periódicos de actitud para el desempeño
4.2.3. Por cambio de puesto de trabajo u ocupación, transferencia, reubicación laboral, reingreso post incapacidad laboral.
4.2.4. De reingreso al trabajo por ausencia prolongada por otras causas.
4.2.5. Retiro del personal, dando las recomendaciones pertinentes y buscando el perfil óptimo para cada uno de los cargos.

4.3. Ejecutar acciones de vigilancia epidemiológica específica con control biológico semestral.
4.4. Desarrollar actividades de prevención de enfermedades profesionales, accidentes de trabajo y educación en salud dirigidos a todo el cuerpo laboral de la Planta, en coordinación con el subprograma de Higiene y Seguridad Industrial.
4.5. Investigación y análisis de las enfermedades profesionales y accidentes laborales ocurridos en coordinación con el subprograma de Higiene y Seguridad Industrial. Determinación de sus causas y establecimiento de las medidas preventivas correctivas necesarias.
4.6. Organizar, implantar y supervisar un servicio oportuno y eficiente de emergencia y de primeros auxilios.
4.7. Elaborar y mantener actualizadas las estadísticas de morbilidad y mortalidad de los trabajadores e investigar las posibles relaciones con sus actividades.
4.8. Coordinar y facilitar la rehabilitación y reubicación de las personas con incapacidad temporal y permanente parcial. Derivándolas al programa de vigilancia y seguimiento específico de las misma.

4.9. Promover los programas sobre hábitos de vida saludables, recreación, deporte, programas de tabaquismo, drogadicción, alcoholismo y enfermedades de trasmisión sexual.

4.10 Ejecutar las acciones específicas del Subprograma de Educación y Promoción en Salud.

5. **Evaluación y seguimiento de la gestión.** Se registra y evalúa el plan de acción para un periodo inicial de un año de acuerdo a los objetivos y acciones propuestas

5.1 Indicadores generales. La información debe ser recopilada mensualmente.

5.1.2. Registro de tiempo de ausentismo por causas médicas. Incluye número de personas, tiempo y causa.

5.1.3. Número total de incapacidades, incluyendo causa, número de días y tipo. Registro de licencias de maternidad.

5.1.4. Total de accidentes de trabajo con y sin incapacidad, periodo de cobertura por el BSE.

5.2. Indicadores específicos del PSO.La información debe ser recopilada mensualmente.

5.2.1. Exámenes Médicos Ocupacionales y Controles Biológicos.

No. EMO. Realizados / No. total de trabajadores

No. EMI. Ingresados realizados / No. total de trabajadores que ingresaron

No. EMP Programados por área realizados / No. total de trabajadores de cada área No. EME. Egresados realizados / No. total de trabajadores retirados

No. EME. Específicos realizados/No. total de trabajadores reubicados.

No. ECB Controles Biológicos por área realizados/No. total de trabajadores de cada área.

5.2.2. Morbilidad. La información debe ser recopilada mensualmente.

Tasa de Incidencia/EP: No. casos nuevos/No. total de trabajadores expuestos

Tasa de Prevalencia/EP: No. casos nuevos y antiguos/No. total trabajadores expuestos

Tasa de Incidencia/EG: No. casos nuevos/No. trabajadores expuestos

Tasa de Prevalencia/EG: No. casos nuevos y antiguos/No. total de trabajadores

5.2.3. Mortalidad. La información debe ser recopilada mensualmente.

Tasa de Mortalidad: No. trabajadores muertos por EG/EP/AT / No. total de trabajadores

Tasa de Letalidad: No. trabajadores muertos por EG/EP/AT / No. total de enfermos por la misma causa

5.2.4. Control de riesgos.

% de Solución a Situaciones de Riesgo: No. situaciones riesgo solucionadas/No. situaciones riesgo recomendadas

5.3. Capacitación. Participantes en eventos de Capacitación (Tipo, No., %, hrs.). La información debe ser recopilada mensualmente.

No. actividades realizadas / No. Actividades programadas
No. Trabajadores participantes/No.Trabajadores programados
Gasto total capacitación / No. total, de actividades realizadas

EL ASPECTO HUMANO EN LA EMPRESA

Dr. Damaso Tor

A lo largo del siglo XX la visión predominante de la gestión humana ha sido reduccionista, circunscribiéndose a tan solo el manejo de la labor administrativa. A mediados de la década del cincuenta del pasado siglo comienza un cambio, que se profundiza e integra con la transformación holística, que lleva a constelar alrededor de esta ciencia la conjugación de al menos siete factores, que inciden en sus prácticas, concepción y filosofía. Concepto al que adherimos y transcribimos.

1. El reconocer como elemento básico, las características socio-político-económicas y geopolíticas del momento histórico: la globalización.

2. La generación de concepciones dominantes de la identidad sobre el ser humano.

3. La recreación de las formas de organización del trabajo como un constructo permanente.

4. Como resultado, el surgimiento de la dinámica de la concepción del trabajo.

5. La transformación de las Relaciones Laborales en Relaciones Sociales.

6. El surgimiento del nuevo Mercado Laboral Social integrado a la convergencia tecnobiologica.

7. Y finalmente, la desarticulación de las teorías de gestión dominantes y el comienzo de la emergencia de una nueva visión.

Nosotros, imbuidos en esta visión, hemos desarrollado este trabajo de análisis de un siglo de la evolución de una Organización desde la Salud, Seguridad y Medioambiente. La Administración Nacional de Usinas y Trasmisiones Eléctricas conocida comercialmente por sus siglas UTE, la compañía estatal de energía eléctrica de Uruguay. Creada en la esfera privada, primeramente, paso luego a constituirse en una empresa pública. En su larga existencia genero distintas actividades como el desarrollo e instrumentación de las comunicaciones, producción informática, etc. Con actividad a nivel nacional y regional, proyectándose en asociación con terceros a nivel global. Ha tenido un perfil similar a EDF de Francia, manteniendo relaciones comerciales con múltiples empresas de primera línea como General Electric, Siemens entre otras.
Partiendo de un análisis cronológico de la evolución de la Organización en la Empresa. Hemos ido visualizando aspectos propios de la gestión humanística, anteriores en algunos casos a su formulación académica especifica. Mi formación en medioambiente, gestión y salud particularmente, me han permitido desarrollar una visión que no queda contenida en el mero proceso de análisis de la gestión clásica. Esperamos que las líneas y modelos esbozados sean de utilidad para otras experiencias.

